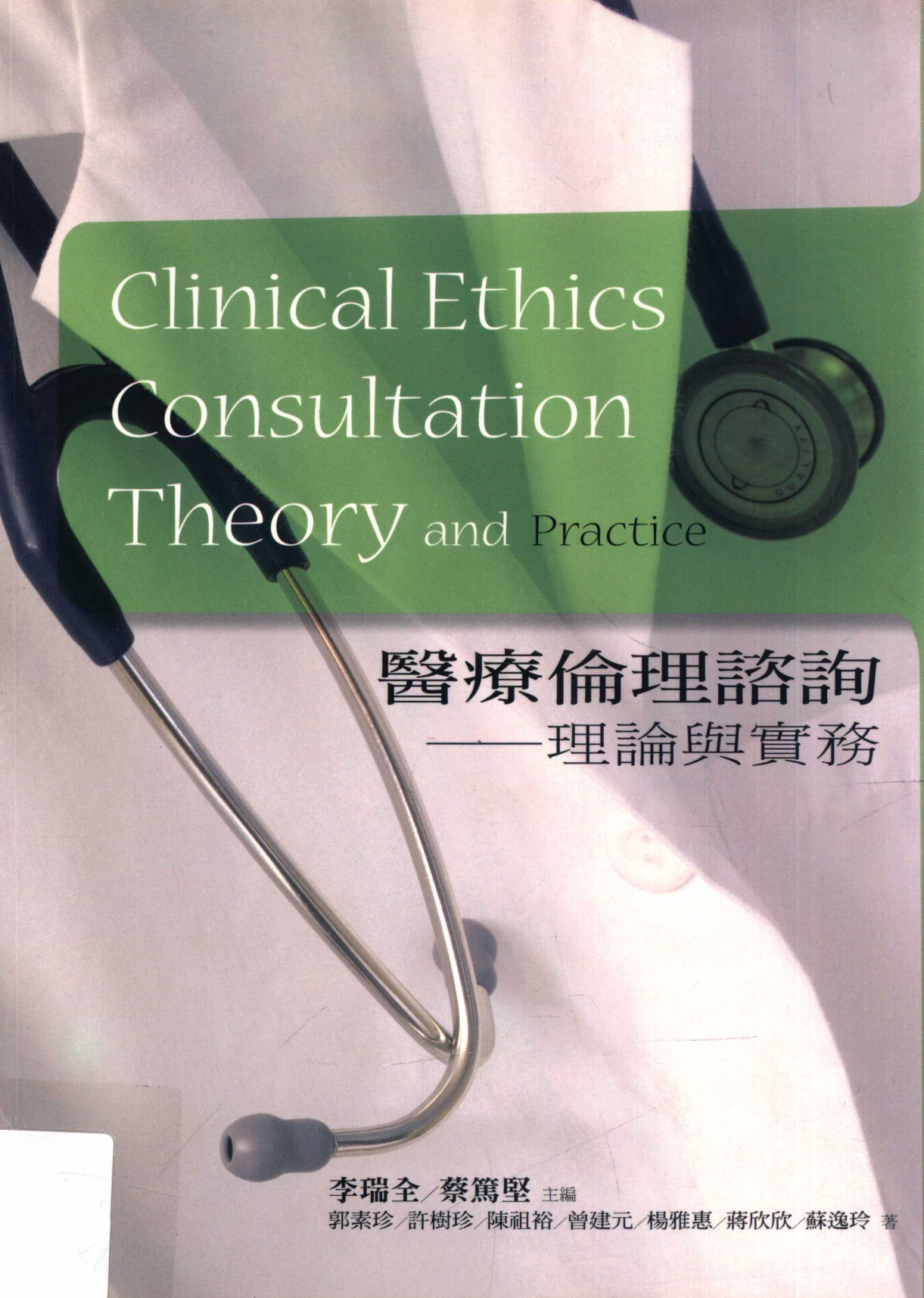




Clinical Ethics Consultation Theory and Practice

醫療倫理諮詢 ——理論與實務

李瑞全／蔡篤堅 主編

郭素珍／許樹珍／陳祖裕／曾建元／楊雅惠／蔣欣欣／蘇逸玲 著

R-052
20142

港台書

醫療倫理諮詢——理論與實務

Clinical Ethics Consultation : Theory and Practice

李瑞全、蔡篤堅 主編

郭素珍、許樹珍、陳祖裕、
曾建元、楊雅惠、蔣欣欣、蘇逸玲 著

(依筆劃排序)



五南圖書出版公司 印行

國家圖書館出版品預行編目資料

醫療倫理諮詢—理論與實務／李瑞全著

．--初版．--臺北市：五南，2008.09

面；公分

含參考書目

ISBN 978-957-11-5247-9（平裝）

1. 醫學倫理

410.1619

97010389



5K92

醫療倫理諮詢—理論與實務

主 編 / 李瑞全 蔡篤堅 (依筆劃排序)

作 者 / 郭素珍 許樹珍 陳祖裕 曾建元

楊雅惠 蔣欣欣 蘇逸玲 (依筆劃排序)

發行人 / 楊榮川

總編輯 / 龐君豪

主 編 / 王俐文

責任編輯 / 許杏釧 陳俐君

封面設計 / 黃健民

出版者 / 五南圖書出版股份有限公司

地 址 / 106臺北市大安區和平東路二段339號4樓

電 話 / (02)2705-5066 傳 真：(02)2706-6100

網 址 / <http://www.wunan.com.tw>

電子郵件 / wunan@wunan.com.tw

劃撥帳號 / 01068953

戶 名 / 五南圖書出版股份有限公司

臺中市駐區辦公室/臺中市區中山路6號

電 話 / (04)2223-0891 傳 真 / (04)2223-3549

高雄市駐區辦公室/高雄市新興區中山一路290號

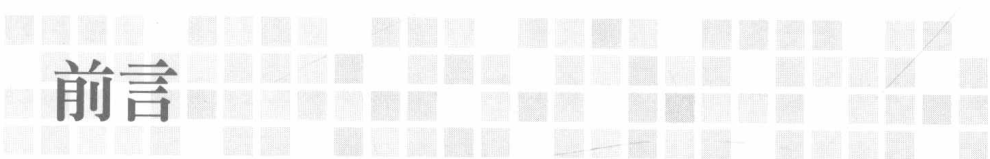
電 話 / (07)2358-702 傳 真 / (07)2350-236

法律顧問 / 元貞聯合法律事務所 張澤平律師

出版日期 / 2008年9月初版一刷

2009年9月初版二刷

定 價 / 新臺幣420元



前言

從 2003 年起，醫院評鑑暨醫療品質策進會將是否設置有醫學倫理委員會納入醫院評鑑項目，先針對醫學中心，之後新的評鑑制度也將擴及其他層級的醫院。在衛生署成立「醫療倫理委員會」和國家衛生研究院成立「論壇生命暨醫療倫理委員」後，國內主要的醫學中心也因此成立了倫理委員會，面對快速的社會轉型與醫病溝通惡化的困境，相關倫理委員會的設立意味著醫界對於環境變遷的警覺與重視。這樣的發展也呼應著當代醫學倫理專業的興起與醫病溝通惡化的學科演變趨勢，為了協助觀念的推廣並促成務實行動方案，讓倫理委員會發揮實質的教育、研究與訓練的功能，引介臨床倫理諮詢等相關概念與透過務實案例來累積相關的知識與技能成為當務之急，因此我們特地編著本書，以有限的經驗拋磚引玉，累積本土經驗，期待豐富醫療倫理專業的內涵，進而拓展公共討論的空間，協助各醫院的倫理委員會更能夠發揮功能。

構成本書的研究團隊是由中央大學李瑞全與陽明大學蔡篤堅所召集跨校的 ELSI 研究團隊所組成，我們期待豐富攸關倫理委員會的視野之外，更能擴大跨越校園與學科領域的合作，促成務實的醫學倫理學知識發展。團隊的組成受惠於國家基因體計畫 ELSI 中心所促成的校際合作研究計畫，透過中央大學，李瑞全於 2002 年暑假敦請醫院裡的哲學家之一 Dr. S. Wear 來臺訪問一個月，就倫理委員會的組成與醫療倫理諮詢守

則之訂定進行交流，時任陽明大學衛福所的蔡篤堅教授（現任臺北醫學大學）負責邀約國內學者共同參與，過程中獲得許多熱心人士和醫療機構的支持，如中央大學朱建民主任秘書、陽明大學醫學院何橈通院長、陽明大學護理學院余玉眉院長、教育部醫教會賴其萬教授、長庚大學醫學系黃燦龍主任、恩主公醫院高碧月護理師等，在這些支持之下，研究團隊除了舉辦多次演講討論會之外，也參訪了臺北榮民總醫院、林口長庚醫院、和信醫院和恩主公醫院。在討論與參訪的過程中，東西文化差異與臺灣醫療文化的特殊性獲得高度的重視，與會者皆認為思考如何因應文化特殊性來發展倫理諮詢守則，是臺灣倫理委員會設立的重要課題。在 Dr. S. Wear 返美之後，部分參與的好友持續推動相關議題教學研究，除了在陽明衛福所開設「醫療倫理專題討論課程」，也各自就專長領域分工持續交流，本書可說是初步研究成果的呈現，共分成四個單元：第一單元為基礎理論探討，包含六篇討論倫理諮詢與法律規範的文章；第二單元探討幾個重要的生命／醫療倫理概念與議題，亦由六篇文章組成；第三單元提供十五個個案，由臨床經驗的陳述顯示醫療情境中可能面對的倫理難題；另有附錄提供相關之醫療倫理名詞中英對照表，以及國際醫務專業守則等，以供參考。

第一單元包括〈倫理諮詢理論與模式〉、〈鋪陳臺灣臨床倫理諮詢的實踐場域〉、〈倫理委員會：倫理諮詢組織、功能與運作〉、〈倫理諮詢員的知識、技能與角色特質〉、〈對於醫病關係基本法律概念的認識〉與〈醫療行為的醫事法律規範〉等六篇文章。中央大學哲學研究所李瑞全撰寫〈倫理諮詢理論與模式〉一文，藉由探討東西方哲學的差異與西學對自身侷限反思的演變，提出在臺灣合適的醫療倫理諮詢

(ethical consultation) 模式。本文勾勒出西方醫療倫理運作的模式，建立在以自由個人主義為基礎的自律原則之上，保障病人所作的選擇純粹是病人個人自己的決定，但批評這種模式在保障病人權益的同時，卻常使病人在疾病中肩負重要選擇的重擔，把與病人密切相關的家庭成員分割，使病人更缺乏適當的支援，在重病中更感無助，許多時候不免受到醫護人員有意或無意的宰控。本著家庭之倫理關係作為人格個體之自身同一性之不可分之關係，李瑞全引進家庭作為生命共同體的一個基本單位，進而倡議一種「倫理關係自律」(ethical relational autonomy) 的運作模式，一方面不致使病人在最需要的時候得不到支援，特別是來自最親密之家庭成員的支援，和讓家庭成員在相關的共同利益和密切相關懷的對象——即病人——之相關決定上，得到應有的參與權利。另一方面則保持病人作為利益的主體，保障病人不至於因為家庭因素或家庭權力結構而被宰制，使其應有的個人權益得到終極的保障。本文更進一步的提出倫理諮詢程序建議，目的是確保病人和家屬之權益得到保障，和免除病人獨自承擔過重的醫療決定，使醫療的素質得到提升。

蔡篤堅的文章〈鋪陳臺灣臨床倫理諮詢的實踐場域〉認為：醫療機構與行為的複雜化往往造就倫理上的難題，這些爭議提醒世人現代醫療不是單純的營利事業，醫療的內涵意義建立在未曾言明但卻人人信以為真的公共承諾之上。本文進而提醒，凡是委諸個人，缺乏攸關社會整體的思考，以致造成個人孤零零地墜入敗德的陷阱，正是缺乏機構倫理關照的表現。在勾勒出目前臺灣醫療倫理機構化的發展來自全球化的趨勢後，為協助發展足以帶領臺灣迎接全球化挑戰的能力，解決臺灣社會目前面臨的道德困境，本文首先回顧臺灣醫療倫理發展的不同緣起與歷史脈絡，透過教會醫

療、日據時期、協和國防醫療體系的建立、戰後臺灣的教會醫療，與戰後美援對臺灣醫療體系價值重塑的影響等，鋪陳由過往至今臺灣醫療倫理發展的可能性與困境。以此為基礎，回顧曾喧騰一時的北城醫院事件、崇愛診所事件，和健保支付協商破裂等事件，解析其所蘊涵的倫理道德意義。本文探討在時代變革中，倫理委員會與臨床倫理諮詢的發展對於重建臺灣醫療體系機構倫理的重要性。最後提出作者 2004 年參與高高屏地區「醫院經營管理與醫學倫理守則研議共識會議」的經驗，以共識凝聚的模式與機制，由下而上地改革我國的醫療體制與健保制度，這樣的過程也可發展適合各層級與情境兼顧醫務管理的倫理守則，導正我國目前醫療體系與健保制度的缺失。由這樣的經驗出發，發現臺灣醫療倫理諮詢必須涵蓋醫務管理的範疇，加上醫院裡的哲學家之雙重功能，才能務實地解決臺灣醫療倫理推廣所面臨的問題。

由臺北護理學院助產所郭素珍與中央大學李瑞全共同撰寫的〈倫理委員會：倫理諮詢組織、功能與運作〉，首先闡述醫療上倫理諮詢的工作，主要是針對醫護人員在執行醫護工作時所發生的倫理爭議或困惑，由第三者提供醫病雙方所需的倫理分析、說明、提議等。九〇年代初，美國的保健照護機構認證聯席委員會（Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO）提出認證的條件之一，是醫療機構必須具備解決醫療倫理爭議的機制，而倫理委員會常是滿足此一要求的具體組織。本文解釋倫理委員會通常包括三個主要功能：個案的倫理諮詢、制定醫療的倫理政策和推廣醫療倫理教育，組成成員需涵蓋倫理／文化的異質性、性別的異質性、年齡的不同、專業訓練的不同等等不同背景。在制定醫療政策上，倫理委員會的建議應被視為重要的行政

建議，經由適當的會議討論通過後，成為機構內必須共同遵行的規範。本文除了簡介 Winn & Cook (2000) 所提出成立良好倫理委員會的十三個步驟外，這篇文章也說明醫院倫理委員會的管理權力，以及對會議紀錄的處理及應負的責任。之後本文詳細介紹倫理諮詢服務大體的程序，倫理委員會應可訂定一些基本常見倫理衝突的處理原則作為醫療機構的政策，成立一個教育小組建立好的教育課程並發展適合該機構的倫理手冊。郭素珍與李瑞全提醒，倫理委員會的成功與否，其挑戰包括委員會結構、委員的持續教育、獲得合宜的人事和財務的支持、委員會工作確保守密、有書面政策和程序並加以遵守，那麼委員會對挑戰就會有較好的反映。本文強調醫院倫理委員會可以經由政策發展和個案諮詢，及間接的經由教育及信任所引起對倫理爭議的了解，而能改變臨床的實務，進而提醒大家一個稱職的倫理委員會可以成為機構內或社區之教育和諮詢的領導者。

陽明大學許樹珍與楊雅惠撰寫的〈倫理諮詢員的知識、技能與角色特質〉一文，定義健康照護的倫理諮詢為：「一種由個體或團體提供協助病人、家庭、照顧者，或其他相關涉入者，在面臨與健康照護相關不確定性和衝突時的諮詢服務。」本文詳述倫理諮詢的對象可能涉及個別一對一、家庭、專業人員間、機構內，和機構間與社會等層面，也透過倫理諮詢員資格考量、倫理諮詢概念模式的考量和行動特徵等等討論，諮詢者應藉著建立當事人，如病人、家屬、法定代理人、健康照護提供者的倫理共識，來幫忙解決不同相關對象和團體間價值觀的不確定性或衝突。之後，本文將醫療倫理核心議題歸納綜合為：一、生命倫理的理論、常識和議題；二、健康照護系統的知識、組織、制度、政策和法律等兩大方向來述說，並引介美國生命倫理諮詢社群聯盟 (SHHV-SBC) 認為倫理諮詢員基本上至

少需具備倫理衡鑑的技能（skills of ethical assessment），以及運作和人際的技能（process and interpersonal skills），整理攸關臨床倫理諮詢實際困境的建議。最後作者提出國內外倫理諮詢員的角色和特質，與攸關倫理諮詢特質的教育訓練和養成環境建議，期待組織應聘任足夠員額的諮詢師，使諮詢師之間可以互相支持、諮詢與督導，也可以長期聘用專家學者來擔任督導，協助諮詢員從事輔導工作。

法政背景出身，任教於中華大學行政管理學系的曾建元導引我們思考〈對於醫病關係基本法律概念的認識〉與〈醫療行為的醫事法律規範〉，從醫病關係的基本架構著手，去看中華民國法律如何定位醫病關係中醫護人員和病人的角色，他們有哪些權利和義務？以及在違背義務的時候，會受到什麼樣的處罰？本文簡介民事法、刑事法，與行政法等基本原理，提醒讀者根據法律規範的有無或者規範的目的不同，可能同一種行為要同時擔負著民事法、刑事法和行政法上的法律責任，或是只有兩種或任一種的法律責任。以此為基礎，導引我們了解法律要求行為人的行為決定是在完全自由自主的正常情況下作出，並要求其對於行為的決定所導致的後果負起責任，這個行為的決定過程如果有任何的瑕疵、疏失或受限於環境的條件而無法自由選擇，則法律會相對地減輕行為人的責任。之後本文介紹〈醫師法〉、〈醫療法〉等醫事特別法中有關臨床醫病關係上，醫師義務和病人權利的規定，爾後則分就民、刑、行政三種法律範疇提出建議，認為對於醫病法律關係的認識，首先應檢視其成立的基礎是否合法。合法的醫病關係，應建立在〈民法〉的契約關係或無因管理關係之上。醫病關係如果不合法，醫師在民事上則構成侵權行為，應該賠償病人財產和人格權上的損失，刑事上構成傷害罪，行政法上則構成不正當招攬病人或業務上

不正當的行為，而醫師和醫院均要受到行政裁罰。其次，若醫病關係為合法，則醫療行為應遵守法律上的義務，違反義務的部分，亦構成侵權行為、業務過失致人於死或業務傷害罪，並且應受行政罰。第三，若醫病關係為契約關係，則醫病雙方可以另就契約內容自由為約定，如果約定內容在法定義務之外，則任何一方違約的行為，在民事上乃構成債務不履行，債權人可同時尋求財產和人格權上的損害賠償。刑事責任要看具體違約的行為是否觸犯具體罪名而定，行政責任則可從醫學倫理的標準移付行政院衛生署醫師懲戒委員會加以判斷。

第二單元包括〈生命醫藥的基本道德原則與道德規則〉、〈行為能力與病人的抉擇〉、〈知情同意〉、〈不施予心肺復甦術的倫理議題〉、〈生前預囑〉與〈無效醫療〉等六篇文章。李瑞全所撰寫〈生命醫藥的基本道德原則〉一文，主張人類道德的共通性仍遠高於差異性，這種構成我們日常道德行為規範的法則，即是一種普遍認可和客觀的道德原則。這些原則可被統整為若干基本的道德原則，以自律、不傷害、仁愛和公義等四個基本原則為主，而其下則可再細分一些重要的道德規則，包含諸如諮詢同意原則、保護主義、保密、誠信等道德規則。本文首先簡介主要原則和規則的基本意義和內容，說明自律原則的基本內容是「每個人對具有自律能力的行動者都必須賦予同等的尊敬與接受其自律的決定」；不傷害原則基本上是要求我們不應對任何人或物做成傷害，但是，有時防止罪惡或傷害、消除罪惡或傷害，以致促進善事等，都成為不傷害的內容；仁愛原則之內容為「我們應當促進他人必須而且重要的利益」；公義原則為「對於同等者予以同等對待，不同等者不同等對待，即是公義；對於同等者予以不同等對待，不同等者同等對待，即是不公義」；這些組合成為可用而貼

切人類道德經驗和感受的道德分析和判斷的系統。之後本文將上述四個基本原則具體化爲一些較重要的規則，如「諮詢同意原則」（principle of informed consent）、「保護主義」（paternalism）、「保密原則」（confidentiality）、「隱私權」（right to privacy）、「誠實原則」（veracity）與「忠誠原則」（fidelity）等六條道德規則，是前述四個基本道德原則所引申出來之較低層次的原則，作爲日常道德生活中可用的行爲規範。

曾建元、李瑞全與陽明大學副教務長陳祖裕醫師共同完成的〈行爲能力與病人的抉擇〉一文，指出醫療倫理問題之所以在當下受到重視，主要是因爲病人權利意識的崛起。藉由回顧歐美各國醫界對於病人尊重與人權保障觀念晚近的演變趨勢，本文深入比較〈醫療法〉與〈安寧緩和醫療條例〉對病人權利的規約，發現雖然兩法案對於手術和安寧緩和醫療承認病人有知情同意權，然而對於病人本身是否對於知情同意權擁有最終的決定權，從法律文字觀之，卻有著南轅北轍的結論。呼應著李瑞全所長的見解，曾教授認爲在歐美文化主導下形成的國際醫療倫理規範，基本上是以病人個人的自我決定權爲中心建立起來的，但此一理念移植到我國，卻使得〈醫師法〉、〈醫療法〉和〈安寧緩和醫療條例〉顯示出中西兩種法律文化和倫理觀念的重大差異，進而主張「使得病人自我決定權在我國的落實，不得不思考揚棄西方國家的立法經驗，而在我國特殊的文化環境中設法另闢蹊徑。」本文因而建議，醫療倫理委員會與倫理諮詢專員在醫病關係中的法律諮詢角色，首先即是協助醫病雙方找出當事人，特別是病人一方，由務實的經驗出發，形成合適的醫療倫理諮詢制度。

在〈知情同意〉一文中，陳祖裕定義知情同意（或稱告知後同意，

informed consent) 為醫師將決策權與病人分享(攤)的一種實際行動。藉由實際案例的導引,本文界定告知病人的內容包括(1)病人罹患疾病的診斷(或臆斷)及此疾病的本質;(2)病人將要接受的診療步驟之內容;(3)各種診療步驟可能涉及的風險;(4)目前所期待的結果;(5)不進行這些步驟可能帶來的結果;(6)是否還有其他的治療或處理方法,來呼籲促成醫病共同決策的過程。這主張的理論基礎在於:尊重病患的自主權、增進病人的福利、強化醫病關係與履行法律的規範,知情同意的執行過程中包含了三項要件:(1)醫師與病人討論疾病相關的資訊;(2)獲得病人對照護計畫的同意,以及(3)病人是在沒有受到脅迫的情況下進行。此外,本文亦檢討一般錯誤的觀念與相關法律的介紹,並簡介攸關知情同意例外的狀況,期待醫師的角色並非單純的資訊提供者,而是與病人並肩作戰的夥伴,並且擔任共同決策的促進者。

由陽明的蔣欣欣與榮民總醫院護理部蘇逸玲督導共同完成的〈不施予心肺復甦術的倫理議題〉,定義心肺復甦術目的為預防非期望與突發意外的死亡,並澄清當病人決定在生命最終的時刻不要被急救,也就是當他簽署不予急救的意願書,這並非意味著他需要停止一切照顧,反而需要將照顧的重點由維持生命的延續,轉為保障人生最終時刻的生命品質。本文詳述不施予心肺復甦術的告知過程與時機,解釋在〈安寧緩和醫療條例〉中不施予心肺復甦術的法源問題,說明不施予心肺復甦術的實作策略,並討論處理不施予心肺復甦術的抉擇過程與基於互為主體立場的反省。本文強調「不施予心肺復甦術,表面上只是一項近年來因應醫療科技發展而興起的醫療照顧活動措施,實際上,它衝擊著社會文化價值體系,以及各種倫理關係。每個生活在社會歷史文化脈絡下的人們,如何看待自己的死亡與

他人的死亡，如何理解生命的尊嚴與死亡的尊嚴。在這樣複雜的情境中，醫護人員如何參與面臨此抉擇者的生活經驗，是一項重要的課題。」也因此，蔣欣欣與蘇逸玲共同呼籲改革護理教育的重要性，培育護理人員對人尊重的能力，以及對不同生活經驗所孕育價值能有不同的敏感度。

在〈生前預囑〉一文中，郭素珍界定「生前預囑」是「預立指示」（advance directives）的書面形式，讓病人可以在健康時，或還沒病到沒有能力表示意願時，即以書面表示臨終時的抉擇，最重要的是接受或拒絕施行心肺復甦術（CPR）。其法源基礎在於〈安寧緩和醫療條例〉，第一條即明白宣示制定條例之目的是為了尊重罹患無法治癒疾病之末期病人的權益，在第四條中又明白指出末期病人可依其意願立自願書選擇緩和醫療而拒絕接受心肺復甦術的急救。生前預囑的目標在幫助病人獲得控制感，減輕對所愛的人的責任，加強或是結束與所愛的人之間的關係，以及滿足病人文化的價值。隨後本文依序討論接受生前預囑的困難、生前預囑在作決策時所扮演的角色、參與生前預囑計畫的人員、執行生前預囑有關的注意事項與生前預囑的倫理困境之後，藉由實際的個案討論，郭素珍提醒「醫護人員必須教育病人在可能的治療或與他們溝通什麼是他們所需要的，而什麼是他們所不需要的，這會幫助醫護人員避免對不願接受心肺復甦術的病人作心肺復甦術。同時，也能考慮儒家文化的特殊性，重視家庭成員的意見，有充分的溝通，做到尊重病人和家屬的自主決定。」

陳祖裕藉由實際的案例討論完成〈無效醫療〉一文，指出無效醫療並非國內特有的現象，這詞首先是由 Schneiderman 等人在 1990 年提出，當時正值病人權益最受到重視的年代，他們提出這個論點確實在醫界、法界以及倫理學者中造成頗大的震撼，但是早在遠古時代，希波克拉底

(Hippocrates) 和柏拉圖 (Plato) 等人就已經提及無效醫療的概念。本文提醒讀者，無效醫療如果沒有受到應有的規範，將會造成醫療浪費和末期病人加倍傷害兩方面的影響，這些是醫療工作者必須面對及嚴肅思考的問題。透過各界對無效醫療批評的討論，陳教授勾勒出無效醫療概念與政策推行所面臨的種種障礙，包括社會及文化障礙、法律上的障礙、倫理上的障礙、經濟上的障礙和醫療上的障礙等，爲了克服這些障礙，陳教授以三個問題爲導引：(1)死亡是否即將來臨？(2)如果治療獲得成功，最佳的可能結果會如何？(3)能得到最佳可能結果或至少是良好結果的可能性有多少？作者嘗試發展符合邏輯的過程中逐步分析處理原則，再來界定病人的醫療是否「無效」。文中提醒：「打算推行『無效醫療政策』的醫療機構，首先應有一套積極的『預防性倫理守則』及『倫理照會程序』，除了使單向撤除無效醫療得到合法化，更要避免『無效醫療政策』變得殘酷而又無情，同時成爲那些不與病人及家屬面對面討論的醫療照護者一個規避責任的途徑。」陳祖裕對倫理委員會發揮相關功能有著深深的期待。

面對國內各大醫學中心風起雲湧的倫理委員會組織風潮，我們以製作專題的形式分享初步的研究心得與成果，期待對時局有所幫助，也希望進一步集結同好，以務實的方式重塑臺灣理論與實踐連結的可能，豐富目前臨床倫理諮詢相關研究的範圍與深度。本書最後提供攸關前述議題的臨床實際案例，供各位參酌討論，透過理論與實務的探索，我們希望建立一個具有全球視野，又能夠兼顧臺灣在地社會情境與歷史文化脈絡的倫理委員會運作模式。誠然，初步的思考必然有所不足，期待各界的批評指教，更期待有心人能夠加入我們的探索旅程，共同分享激盪研究成果。而本書規劃有所不周之處，忝爲主編的我們，有機會優先欣賞團隊好友橫溢的才

華，實為幸事，然而享受愉悅的同時也對自己才疏學淺有所自覺，在此先對本書規劃的不周延之處，先行致上真摯的歉意，不過團隊友人的恢宏見解足以稍補缺憾，我們互相分享研究心得的同時，更懇請各位讀者給予我們適切的回應指教，在此先行感謝。

孫志為 蔡尊聖

目錄

第一單元 倫理諮詢與法律規範

第一章 | 倫理諮詢理論與模式（李瑞全 著）..... 03

前言	03
自律原則之意義與重評	04
病人中心之倫理自律	08
倫理關係自律之下倫理諮詢的基本構成要素	11
倫理諮詢模式	13
參考資料	19

第二章 | 鋪陳臺灣臨床倫理諮詢的實踐場域——結合社會運動 與專業自覺的臺灣生命倫理學發展（蔡篤堅 著）..... 21

前言	21
背景說明	27
由時代變遷反思臺灣機構倫理的發展可能	32
結語：當前健保制度下的行動可能	41
參考資料	44

第三章	倫理委員會：倫理諮詢組織、功能與運作	51
	(郭素珍、李瑞全 著)	

前言	51
倫理委員會之發展與功能	52
臨床倫理諮詢工作之要點	58
倫理政策工作	62
倫理教育工作	63
其他的考量	66
結語	67
參考資料	68

第四章	倫理諮詢員的知識、技能與角色特質	69
	(許樹珍、楊雅惠 著)	

前言	69
倫理諮詢的目標、定義和對象	71
倫理諮詢的最佳模式	72
倫理諮詢的核心知識	76
倫理諮詢的核心技能	79
倫理諮詢員的角色特質和訓練開發	83
結語	87
參考資料	88