

台灣生命倫理學發展的困境與挑戰

蔡篤堅*

壹、前言

生命倫理學發展的趨勢呼應著人類面對科技突飛猛進的時代，嘗試提升生命意義與價值的掙扎。舉例來說，六零年代以來呼吸器，移植手術、新生兒篩檢與生殖醫學的發展，透露出醫療科技背後所承載的價值，並非由專業人員思考決定就可達成 (Kuhse and Singer, 2001: 3)。面對新醫療科技的反思，也與既有的問題相結合，塑造新的意涵，這可分成研究倫理與醫療倫理兩個發展趨勢來觀察。

在研究倫理方面主要是延續二次世界大戰以來的反省，在種族主義作祟之下戰爭中對人性最大的試煉，就在於踰越尊嚴保障的殘酷人體試驗計畫實施，紐倫堡宣言與赫爾辛基宣言可說是這方面反省的事

證 (時國銘, 2001)。可是科技的誘惑卻常伴種族的偏見，美國歷經六零年代 *civil right movement* 之後，竟然還在七零年代初期爆發重大醜聞，所幸危機也是轉機，人體試驗委員會 (IRB) 的建立則成為美國在生命倫理學導引全球發展的領航國家之一 (蔡篤堅, 2006)。

在醫療倫理方面，除了希波克拉提斯宣言與漢摩拉比法典的傳統，美國進步主義時期所建立務實主義與專業主義的傳統，為民主政治的發展奠立新的專業主義與利益政治的里程碑 (Starr, 1982; Tsai, 1996)。不同於沿自希波克拉提斯誓詞以來，醫者以自身的規約取得社會的信賴與公共承諾，現代的醫學倫理多了務實操作的內涵。一百年前由美國引領的現代專業社會轉型的過程中，這樣的規約透過醫師

* 作者為臺北醫學大學醫學人文研究所教授兼所長。

公會，以制定統一收費價格表的方式作為團體規約的展現，獲得國家權力分享的醫療專業團體的出現，也代表醫療倫理進入團體規約的時代。（註一）晚近歷經高科技的發展、醫療體系的複雜化、與醫療糾紛的興起，由此衍生出來的臨床倫理諮詢技巧，攸關醫院裡的哲學家等相關角色的扮演，其中倫理學不再僅是攸關專業人員執業時所信奉的理念或是個人層次的行為準則，而是在互相保有自身生命敘事的前提下，嘗試建立共識的常識。（註二）在這過程中，臨床倫理諮詢的技巧與倫理委員會的運作模式都賦予醫療倫理學新的時代意義。

這不僅是世界趨勢，國內也有類似的努力。面對後基因體時代，健保實施後與醫療快速研發的國內外環境，衛生署為了保障科技研發的優勢、與國際倫理管制規範接軌、並積極解決醫療生態的亂象以及日益增加的醫療糾紛，定訂許多規範常事落實生命倫理學的原則。在因應新科技的發展與倫理思維之下，我國政府 1999 年修正優生保健法、2000 年訂定緩和安寧條例並將安靈療護納入健保給付、2004 年廢止「腦死判定程序」並制定「腦死判定準則」，2004 年修正人工協助生殖技術管理辦法、2004 年修正遺傳性疾病檢驗機構評核要點 2005 年訂定人體器官組織細胞輸入輸出管理辦法，2006 年初開放健保 IC 卡加註安寧緩和醫療意願等等。而在研究倫理方面，衛生署 2002 年頒布研究用人體

採集與使用注意事項、2002 年公佈基因治療人體試驗申請與操作規範、2003 年體細胞治療人體試驗申請與操作規範、2003 年公布醫療機構人體試驗委員會組織及作業基準、隨後建立東南亞第一個符合美國標準的人體試驗委員會評鑑制度、2005 年公告藥物基因體學研究之受檢者同意書內容參考指引。而在醫療倫理方面，2006 年利用新制的醫院評鑑制度來落實符合醫療倫理準則的醫院管理，並建立 PGY1、PGY2 與倫理方面的繼續教育學分來落實機構與醫師的倫理教育，而在 2005 年修正醫療法實施細則、制定助產機構與人員、心理師等的管理法規，2006 年修正醫師法施行細則等等。這些努力的方向可見國內與國際面對的類似的全球化衝擊與在新醫療科技的挑戰、人體試驗的需求、與醫病關係改變的環境中社會對相關倫理法規完備的期待。

貳、目前的困境

儘管我們看到了政府積極的面向，也有許多相關的管理法規頒布，而生醫產業的推動、包括台灣生醫科技島的計畫，都可見到政府部門對於相關倫理法規的推動與呼籲。可是無可諱言的，是我們在整體生倫理學的推動面臨重大的困境，在醫療倫理的部份，儘管醫院評鑑與醫療專業人員的繼續教育為醫療倫理的推廣可說是不

遺餘力，醫療糾紛增加的趨勢無法有效遏止，（註三）僅能依賴行政命令來限制抬棺抗議作為醫界自保的途徑，不當的健保支付制度設計更是染醫界面臨必須發展惡性競爭與推卸病人的策略，檢調單位更因為藥價黑洞與不合理的申報擴大了對醫療院所與相關專業人員的偵查，健保的基層與醫院總額也面臨醫界的反彈而流標，更遺憾的是因 SARS 疫情之後改組的臺北市立聯合醫院爆發邱小妹人球事件後，2006 年底和平院區再度爆發違反專業倫理而導致醫療糾紛的案件。這樣的發展令人感到沮喪，為何大力推動的專業人員醫學倫理教育、結合倫理管制設計的醫院評鑑制度、新版醫療手術書的訂定、病人安全的重視、以及倫理委員會的創立、甚至二代健保的規劃，都沒有辦法贏得大眾信賴而然醫療體系贏得應有的尊重。

而在面對高科技發展的方向，不管是現存的法規、目前修正的方向、與迎向未來的規劃，也都令人有力不從心之感。首先意外的社會事件是檢證現存法規是否完備的契機，孫連長事件透露出我國對生殖科技相關法規的不足，而更令人遺憾的，是整個是進處理中相關的當事人都沒有得到足夠的支持，而專家的意見與社會的輿論都將物質上的滿足視為生命意義成功與挫折的尺度，而失去了生命意義的昇華在於超越直接物質或是實體慾望的滿足，給予支持是讓相關當事人有接受科技與法規順從或是違反己意的準備，而後能夠下可

符合自身權利義務範圍的決定（白裕彬，2005；聯合報，2005-12-23）。至於晚近優生保健法的修正再思考其部份的設計符合部分社會團體的臍帶，卻也引發部分女性團體對於生育自主權觀點的質疑，而推動在健保卡註記 DNR 的推動，也有著相關宣導不足的疑問，更為細緻的社會共識凝聚與可信賴的 oversight 機制的建立，是突破當前困境需要面對的法治與價值的建立，否則目前的瓶頸似乎有待克服（聯合報，2007-01-03，2006-09-23；生命倫理學種子師資培訓工作坊）。

而在幹細胞與基因體研究方面，我國成為少數沒有國家及倫理委員會或是相關生命倫理學諮詢委員會的國家，遑論相關的管理規範都以行政命令補足集有法令缺失，行政院 BTC 委員會則年年不斷呼籲法規環境有大幅加強健全的必要，可是相關法律規範進度卻遠遠不如預期（資策會科技法律中心，2002；邱玫惠，2004；李瑞全等，2006）。在發展臨床試驗的可能途徑中，更牽涉到前後任藥政處長的理念爭辯，而導致務實的管理規範遲遲無法有效的展開，許多時間耗費再禁止與開放之間二元對立的意識形態爭辯，缺乏具體的證據作為反對與贊成的理由，是共識無法凝聚的主因，有待改善（經濟日報，2006-07-20）。而在幹細胞研究方面，主要問題在於是否以成立 oversight 委員會作為因應科技快速變化的自律與及監督機制難以獲得目前行政管理法規的支持，目前我國的

行政法規與法律體系要求全然正面表列或是負面表列的管理辦法，這並不適合快速科技發展的環境需求，因為在一個時期覺得無法達成或是接受的事項，可能因為新的發現或是新技術帶來觀念的轉變而成為可行，如果這一切都要經過繁複的立法過程會耗費國家的競爭力，引進權責相符的審核與監理機制成為必需，也是幹細胞研究法規訂所面臨的主要困境。而生醫研究倫理方面，好不容易以社會福利的觀點加上以群體同意的方式來彌補資訊的落差，並以社區、群為單位有下而上的動員作為衛生福利社會資源整合與簡理制度建立的基礎，讓台灣人基因資料庫的建置來滿足公共衛生與國民福利福祉追求的視野開創，之後爭議稍稍平息（中國時報，2006/01/24，2006/06/25，2006/10/03）。

然而，目前衛生署五年投入 20 億元推動電子病歷網路化，希望，電子化國內各醫院的醫學影像、檢驗報告及病歷，全部將由民眾拿回病歷自己保管、或交由其他機構保存(經濟日報，2007/01/08)。這就是所謂的 NHIP 計劃，需要更大的信賴與權責相符的資訊分享架構，是國家基因體計畫之得加強之處，這計畫也沒有相關的倫理政策規劃，是非常可惜的。而中研院的 IRB 竟然在受理申請人案件之後，以召開記者會的方式來呈現自身的倫理瑕疵，令人感到不解（中國時報，2006/07/24）。不過令人遺憾的是衛生署對 IRB 的評鑑制度並沒有得到國科會的支持，而在非臨床的

研究機構建立相關的評核機制，導致審查單位濫權違反倫理的事件發生，而近日國內知名的學者受國際期刊指出違反學術倫理的情事（中國時報，2007/01/16），可見國內除了衛生署在這方面積極配合國家政策外，國科會與教育部有相當直得努力的空間。

回顧以上問題的呈現，不難發現台灣不論是在醫療倫理、面對新科技發展、與晚近生醫研究倫理的要求等面向，生命倫理學的發展都面臨現代化不足，專業文化未能建立，以及新時代的反省沒有著力點的困境，如何循孫中山所言探詢畢其功於一役的契機，由思想家傅柯的學理導引知難行易的思維，是重要的啟發。

在傅科的著作中**古典時期的瘋狂史**導引我們思考某種排除與吸納的思想與體驗發展的機制會與時俱變，在不同的時代以不同的方式來呈現，**臨床醫學的誕生**以及**規訓與懲罰**提醒我們身體的意象與社會秩序的形構息息相關，扣連著支撐時代體驗的知識權力關係，這些著作為**政府論**打下基礎，勾勒出由傳統到現代新的體驗所承載的質素不斷的加入，可是過去的思維與體驗模式不會消弭，晚期的著作更強調能力與個別技藝來創造論述形構過程中可能的反抗節點，進而形構實踐與論述形成的新可能。在這樣的實踐過程中，我們可跳脫傳統與現代二元對立模式的思維，進而在實踐過程創造新的、足以承載時代體驗的知識權力關係發展可能。這樣思為導引

我們不要侷限空洞的思考或是典章制度的挪移，應注意思想概念本身背後的實體性（及社會情境與歷史時空中蘊含的體驗），而以自覺性的形構本身主體位置或是意象的策略，來開創符合自身時代與社會體驗的實踐可能。

了這樣的醒覺，就可體會當前的我們非常容易物化西洋來的思維或是概念來導引行動，在這樣的過程中只是運用新的標籤來服應某種威權表達的欲望，失去豐富社會與個人因演化而繁複過程中所需要保留的延展性與調適能力，事實上由此才能夠與歷經不同階段現代化過程後的生命倫理學說和視野接軌。新科技的發展因此是追求現代最關鍵的慾望呈現，馬克斯與法蘭克福學派的論點要我們超越物質的侷限而邁向值的飛躍，而傳統社會主義的失敗就再予以二元對立的方式來對付同屬現代的自由主義或是傳統主義的對手，結果現代與傳統都是不同過往慾望的延續，也都是現代的產物，二元對立的模式反而讓質的飛躍更加不可能，而落入反現代反智的深淵。病例歸屬病人的立論，乃至於對任何專業自主與自律的質疑，都有可能落入這樣的保守主義陷阱，這需要的是涵蓋整體社會生活領域的行政革新，讓人們體會每一個生命都是需要被尊重的，包括生活知識與專業人員的專業知識。可是，目前以脫離歷史脈絡的方式來推行臨床與研究倫理規約、健保給付制度、醫療品質的控管、乃至於攸關病人安全的管理措施，又

落入了惟心主義與殖民體制的窠臼，忽略了倫理規約是以信賴專業自律與病人自主能力為前提，而醫療品質確保是用來制衡健保給付制度的，而病人安全則是在不允許外人干涉下的專業自律提升，出發點是要避免並寬容必然發生的醫療失誤。目前這些在台灣都是造成更深的不信任與剝奪專業自主的元兇，沒有獲得信賴的個別專業人員是不可能扮演病人自主權支持者角色的，專業主義或是文化需要適切地推廣，才有後續發展的可能。而晚近生命倫理學的訴求，更是在多元文化與相對價值的前提下，以創造相互支持的可能來滿足任我之間對於彼此應然關係的認知期待，科學家以及醫者面對服務對象時扮演的是尊重自主的夥伴關係，在此必須落實臨床倫理諮詢與知情同意的體制，完備各層及倫理委員會的設置與運作，行政革新、專業主義、與倫理諮詢成為台灣生命倫理推動的三大基礎。

參、解決的方向

期待健全台灣醫療倫理與促進生醫研究的法規環境發展，衛生署可說是已然在現有的法治基礎上相當盡力，可是要獲得實質的成果卻不單由衛生單位可以獨立成事。進行整體政府的行政革新、建立專業主義、發展符合國情的臨床倫理諮詢技能與專業人員，這在歐美國家屬於三個不同

歷史階段的任務，我們必須如同過去發展的經驗一般要一次完成。所幸台灣過醫療衛生領域與整體社會經濟環境所鑄造的諸多奇蹟，讓我們對於以在地的感知與創意來迎接現代化的挑戰並不陌生，而傅科理論等後結構思潮所提醒現代社會中傳統論述觀點的延續與變遷的必然，也讓我們更為泰然地面對變遷過程中所必然存在的內在歧異，與所謂傳統到晚期現代主義並存的後現代與後殖民狀態。在自覺地找尋台灣生命倫理論述形成的可能契機與形構足以導引文化霸權變遷的人際與組織網絡時，行政革新、專業主義、與臨床倫理諮詢成為有必要連結的敘說元素。

其實在台灣由關生命倫理學的場域已然存在某種行政革新的思考，在代理孕母與二代健保方面，嘗試藉用審議式民主來形塑政策與發展行政管理法規，可說是這方面的企圖。而之前各醫療院所和公務機關競相推動的 TQM 與 ISO 等認證，就是行政革新最重要的指標。不過令人感到遺憾的，是這些在日本與美國有著企業去中心的決策意涵，以及由下而上凝聚機構與企業價值和共識的操作原則，到了台灣竟然只完成了依法行政，讓大家建立管理上的標準作業流程；可是管制的內容卻是由上而下的落實成為開明專制最佳的寫照，這根本就是違反由市民權、參政權、到社會權的公民身份發展趨勢，毫無自主權力存在的空間。而在審議式民主方面，只有理性的思維而沒有將心比心的前提，這樣

的政策比由視病猶親的專業人員來設計顯得更為粗糙而沒有說服力。更糟糕的是不論是審議式民主或是醫療品質認證的推動，彰顯的是傅科政府論中王權的統制意象，毫無專業素養與當事人物或是團體自主的空間，自然無法發揮群策群力來凝聚共識，共同以權責相符的模式發揮能力解決問題的功效。面對當今混亂的環境，行政革新的可能在於相信人們與社會中必然存在導引與解決問題的能力，而這要依據人我之間亦具權責、能力、生活經驗與專業知識的範疇，來促成行政革新的足夠動力，來協助台灣跨越好人政治、政黨政治、利益與專業正治、多元文化的政治反省、以及審議式民主的發展等諸多階段所需的質素，融入台灣公民社會之中。在這樣的環境中，沒有行政革新，就沒有公民身分，也沒有社會福利發展可能，沒有信賴與人人相互監督的機制，傅科所言柔順的身體成為不可能時，因應專業紀律發展新時代的能力無法培養，對個人與國家必然存在的身體意象關聯缺乏警覺與反思，攸關生命倫理思維的發展必然有著巨幅的侷限。

此外，目前台灣推動生命倫理學的困境，是在尋求制衡專業的同時，已然到了反智與踰越專重基本人性的地步，這方面最具體的表現是病歷屬於病人的盲目立法。病例的寫作一如人類學家的田野筆記或是社會學家的問卷收集，是專業智慧的結晶，是學科紀律知識交流的重要媒介，

這方面的學術價值是需要對社會負責，但絕對不是要在隨時受到外行人質疑的恐懼之中過專業的生活，病例的歸屬智慧財產權與專業自主的重要憑藉，不應受外力的控制與威脅。這也反映出生命倫理與醫療倫理中，知情同意的內容與醫療專業的知識是沒有完全對應的關係，而是醫療專業知識之外的一種獨立的溝通技能或是管理制度，要求以類似人類學在地的觀點與邏輯來鋪陳必要溝通的內容與方向。其中專業人言要扮演學習者，之後再依據受助者的邏輯，來扮演教育者及增能者的角色，如此知情同意與自主權的落實與保障，與病例的歸屬不應有直接的關係，更不應該屬於病人。遇到醫療糾紛時本來檢察官與法官就醫與醫師合作來偵辦案件，不應因噎廢食來破壞專業知識累積的基本元素與機制。此外，可預見的是，在這樣破壞專業主義的惡法之下，未來的病歷紀錄只會簡化成為健保申報表，毫無有意義的訊息在其中，這是目前反智傾向與威權保守主義的反動所造成結果。如何務實地重建不同專業領域間的，專業與大眾之間的分際，尋求互相信賴與支持的可能，理解一個醫療糾紛誠然對受助者是個傷害，對專業人員亦然，以互相包容來跳脫實際權力關係以及醫療技術成敗的思考，才是對人性尊嚴與價值真正的保障，跳脫質借厲害思考的支持才是真實的支持，而在實際厲害權衡過失的範疇，則應交由專業以團體的力量來嚐試學習解決。

由此看來，無論是行政革新所需要體會繁複的組織層次發展體驗，或是建立專業主義的嘗試中，依據實際的情境來發展人我相互支持的技能，而後形成類似支持性的網絡連結，促成形塑行政革新與專業主義發展的動力，都需要由類似臨床倫理諮詢的機制作為媒介。（註四）如前所述，晚近生命與醫療倫理學的發展，主要是因應高科技所產生攸關生命價值與選擇的難題，也因此生命倫理學促使醫療專業以更謙虛的方式，協助專業與社會大眾共識的形成來化解爭議。由此衍生出來的臨床倫理諮詢技巧，攸關醫院裡的哲學家等相關角色的扮演，其中倫理學不再僅是攸關專業人員執業時所信奉的理念或是個人層次的行為準則，而是在互相保有自身生命敘事的前提下，嘗試建立共識的常識，在這過程中醫院裡的哲學家扮演者共識催生的助產士，產生爭議相關人士的邏輯都被充分地專重者，不管是醫師、護士、社工人員、其他相關醫療團隊成員、還是病人與其家屬，這樣的實踐大幅顛覆了醫院裡所謂醫病不平等的權力關係，生命倫理學家在這樣的場域中所扮演的角色也顛覆了現代建立在知識就是力量的專業概念與想像。（註五）如此共識建立的過程，更是建立在以同情共感的相互了解基礎上，所達到認同形塑與意義賦予能力的提升。對於每一個參與者而言，這都是將心比心之後，所共同產生出以創造性想像為基礎的敘事認同形塑結果。（註六）其中對於

知情同意的注重，更可理解專業者扮演的是與疾病當事人共同掙扎，在深刻的新靈感之範疇，賦予患者生命抉擇的機運與生命價值塑造的意義。在這過程中重新塑造病人、其支持網絡、與相關醫療人員的關係，建立新的團體動力與認同，進而促成超越之前環境與人際關係侷限的認同轉變。臨床倫理諮詢可說是這方面認同形塑的催化劑、或是觸媒，不過這一切共識凝聚的成果，是以原來具有爭議的參與者之各自的生命敘事為基礎，促成將心比心的互動之後，所達成的。（註七）在此，邏輯推理不能踰越將心比心的範疇。

肆、台灣臨床倫理諮詢發展可能的探索

因應時代的發展，生命或是醫療倫理委員會的運作模式，可說是這方面發展最重要的時代見證，然而這一切在國內卻需要更多的努力。（註八）呼應之前的描述，以美國的經歷為例，醫院內哲學家的興起，所謂的臨床倫理諮商，更是扮演醫療團隊與病人之間共識凝聚的助產士，知情同意與自主選擇成為醫療倫理的新標竿。反觀國內的發展，倫理委員會的發展才剛起步，健保給付項目的訂定完全沒有相關社會共識促成的機制，研究與教學機構完全沒有相關倫理的考量與討論；健保的給付機制與項目在沒有專業本身的共識

與社會大眾共識的基礎上強行運作，不僅破壞醫療體系，也成為台灣醫德蕩然的主要元兇之一，這是推動台灣生命倫理所面臨社會情境與國家制度方面的難題。也因此嘗試連結既有的基礎，鋪陳臨床倫理諮詢發展的空間，成為重要的議題。

台灣從是臨床倫理諮詢的網絡，首推台灣生命倫理學會創會會長陳順勝教授所領導協助高高屏醫療網絡結合醫務管理與倫理守則訂定模式的研究團隊。目前這團隊正協助各醫院健全倫理委員會的運作，以此做為發展臨床倫理諮詢的基礎。本計劃團隊由醫界透過倫理自覺而自發的努力，成功地透過會議來凝聚共識，促使健保局高屏分局、高雄市政府衛生局、高雄市立聯合醫院、高雄長庚醫院、屏東基督教醫院等成立倫理委員會，未來這些倫理委員會的運作模式可供各相似層級的機構做參考，達到建立由倫理來帶動健保回歸醫療體制之實驗示範區的目的。因為倫理攸關符合尊嚴的機會選擇與公平的分配，其中團體的共識大於個人自由的選擇，而透過多元參與所達成符合社會共識的團體自律，也是現代醫療倫理發展重要的理論與方法學基礎。

第二個介紹的是蔡甫昌教授所領導的建立臨床倫理挖過與教育訓練計劃，這兩年的計畫目的在於調查國內臨床倫理委員會運作的狀況，在台灣醫學會下，建立教育訓練與挖固機制，促進以成立倫理委員會的委員進行溝通，提供資訊，並舉辦工

作坊。目前主要任務在於「提供各臨床盧里委員會倫理之能方面的奧援，也建立了各醫學中心的聯繫平台，提供寶貴的網路資源與種子師資工作坊，網址為：<http://www.tcen.org.tw>。

其次是由許敏桃教授領導的臨床倫理技術計畫，延請知名的臨床倫理學家詹納博士歷臨指導，以現象學作為哲學反思的出發點，並與中山大學哲學研究所蔡錚雲教授合作，著重實務運用的知識與技能的發展。由醫學人文為基礎出發，這是個兼顧學理與實務的重要團隊，主張：「若要使醫療倫理有助於醫療行為，不在於知識性的獲得，而在關懷所引發的共鳴。現今，對醫療倫理的重視實際上便是因為這個共鳴之故。但這個共鳴不能只停留在感知層面，而是更進一步地進行倫理知識之建構。」以傅柯的倫理技術基礎，將倫理知識定義為現象學（phenomenological）的知識，如亞里士多德（Aristotle）所稱實踐之智（phronesis）。著重醫療專業與人文社會思想以及方法學的對話，是這團隊引人入勝之處，除了工作坊之外，這團隊重要的特色在於發展臨床倫理諮商原則與臨床倫理諮商實務作業流程。

（<http://ethicist.kmu.edu.tw/project.php>）

台灣心理學本土化運動可以是為臨床倫理諮詢另一個重要的資源網絡，晚近的趨勢是反對往「專業化／機構化」與「高門鑑化」發展，不贊成以知識份子為核心的機構化嘗試與排除異己的實踐。如此反

省領航人楊國樞先生以「華人」與「西方」二元對立的方式，嘗試發展攸關兩者概念各自的實質內容，如此不僅將社會範疇當做分析範疇，更重要的是忽略了兩個概念本身內在的異質性與兩概念所蘊含實質內容的普同性。依此，晚近本土心理學努力的趨勢，嘗試能夠「與台灣社會在地生活的理路邏輯相互通達、緊密連結。」（余安邦，2006）（註九）也因此特別著重余德慧先生等人嘗試「透過『在地契合』、『多重思維』、『多元發展』與『多元取徑』的活點策略」來達成臨床心理學本土化之目的，認為「把生活世界的「倫理主體」當做全球在地化之標的，應是世界本土化臨床心理社群（clinical psychologies community）的共同基礎」，是促成具包容歧異能力在地知識生的重要媒介。（註十）余德慧的著作〈以倫理療痛作為臨床心理學本土化的起點〉，彰顯「緣起性的人際招逢時刻」的「非」關係倫理經驗，是重要的出發點，透過詮釋學派的理論反思塑造互為主體的主體形構思維是臺灣思想上的一個里程碑，不過內在於自身的道德與認同形塑如何可能，則成為臨床倫理諮詢與余德慧先生等本土心理學網絡研究互相借鏡學習的重要基礎（黃媛齡、蔡篤堅，2006）。

而應用心理學研究中，丁祥興教授所主編的「心理學的定位與開展」專輯，兼容並蓄的編輯風格是值得推薦連結的臨床倫理諮詢的可能網絡。其中，張春興呈現

了較為完整學科觀與世界觀，勾勒出攸關本土文化取向的心理學發展視野。丁祥興與賴誠彬則是以對本體論、認識論、與方法論警覺的歷史脈絡探究，來襯托出對於心理學的理论發展理解，藉由勾勒不同時期認識論的演變更明白的告訴我們，儘管地域與文化的脈絡有所不同，仍有共通的議題在不同的時空中可被討論，而在地特殊脈絡下透過實踐與反思，可成就善美社會的學術圖像。據此，馮朝霖與蔣興儀所提出反思與主體形塑的關係，促成去認同的反思如何與主體生成共同思考，是在情境中必然面對的難題。劉惠琴由熱情導引在情境中產生問題意識，大幅升高了學術實踐的自覺與討論層次，以草根性的實踐作為批判的基礎，由此導引出翁開誠與夏林清新學術實踐取向的意義，以劇場中跨界舞者的比喻來互相期勉，不僅呼應丁興祥與賴誠彬所主張的「反思性」，也彰顯以更為包容與開放的方式來充實心理學的企圖。翁開誠透過研究與行動來創造「更有意識的對自己的助人行動經驗，以故事敘說展開反映與覺解，促成自己與她人生命實踐行動與生命實踐智慧更加彰顯」，依此來找尋心理學的定位與開展。夏林清則由自身的故事出發，由親身實際的經歷來回顧相關的學術發展與生活實踐歷練：「運動是以認定或是想要成為運動取徑的工作者，不離不棄自己置身於其中的『結構性位置／處境』，並在自己特定那個位置裡，轉化社會壓迫、一路走去、如此而

已！」在地人形概念的提出，似乎昭示著張春興所謂典範（範式）轉移的趨勢。在此藉由夏林清引用宋文里的話，期待社會變革取徑能夠成為具有往體制結構隙縫裡，插針埋樁的柔軟解放者，慾望的解放似乎成為一切再出發的關鍵。這時發生再同一場域的每個故事可否也成為如此聯會的反抗知識生產平台，無須侷限於所謂的心理學家或是知識份子，這是反省臨床倫理諮詢應反省思考的面向（蔡篤堅，2007）。

誠然，在臨床醫學的領域，倫理諮詢是各醫學中心努力嘗試的方向，有許多如長庚醫療團隊黃燦龍主任與合信醫療團隊等等也有各自的收穫與特色。或許是這些團隊應互相交流並開始互相支援，並形成區域網絡的重要時刻。也唯有將醫療專業倫理、研究倫理、與有心人對高科技發展的醒覺，共同合作，才能夠創造塑造台灣行政革新、落實專業主義、與發展臨床倫理諮詢與各層及倫理委員會的動力。在這樣的過程中，臨床倫理諮詢和倫理療癒是導引我們細緻地體會時代社會變遷與需求的重要媒介。

五、結論

放寬我們的視野，不難發現，不僅是臨床倫理諮詢本身，有著顛覆原本知識就是力量的現代學科專業期待；醫療院所中

倫理委員會的組成，更是見證了新時代專業內涵的改變。在晚近形成的醫療或是臨床倫理委員會中，醫師的成員往往不超過三分之一，甚至整體醫療護理相關人員都相對稀少，人文社會學科領域的學者以跨領域專家的方式加入，還有相關的社區領袖、病友團體代表、與宗教等相關代表參與，並趨向在醫療倫理委員會中佔有多數，這意味著醫療倫理時代的變革。（註十一）然而晚近醫療相關機構倫理委員會發展的趨勢，更有著新的時代意涵，即當代的醫療專業必須擴大公共的參與來塑造自身專業的價值，才能獲得社會的認同與信賴。這樣的醫療倫理委員會，負責的是教育、訓練與政策的制定，可說是握有塑造醫療專業風貌的權力，然而其多元的組成意味著，醫學界也必須與一般大眾和不同領域的學者專家共同塑造專業的內涵與倫理守則。（註十二）以跨學科領域的方式與參與式民主的原則來面對高科技發展對於生命意義的衝擊，促成臨床倫理委員會與人體試驗委員會，乃至於國家與結合行政體系的相關倫理委員會或是研究倫理委員會都有相關民眾的代表才參與，協助生醫研究與醫療專業凝聚社會共識，並以此作為後基因體時代倫理法律社會規範發展的基礎。

在這過程中，生命倫理學的推動，乃至於行政革新與專業主義的落實，更需要倚靠的不是國家強制的力量，而是要由市民社會的視野來驅動新的文化與社會形

成，這時主動扮演媒介平台與連結的角色，比獨立掌握資源來實踐理想是更為迫切與重要。在這樣的思想下，台灣生命倫理學會、醫界聯盟基金會、與台灣社會改造協會合作組成台灣生醫研究與社會福利辦公室，一方面期待已參與式民主與落實社會權保障的原則來塑造台灣仁基因資料庫的倫理管制架構，另一方面促成各醫學大學與一般大學的合作，加速種子教師與人才的培育，更積極嘗試促成生命倫理學碩博士班早日成立。而更重要的，是促成大學與衛生行政機關、以及規劃中的台灣人基因資料倫理管制架構結合，促成各地區區域研究倫理或是生命倫理委員會的成立，導引醫療衛生體系、教學研究網絡、乃至於社會福利與安全體系作全面的資源整合，並建立合適的倫理管制架構來面對基因資訊解碼與健康資訊爆炸的時代。盼由醫療界藉由生命倫理學的自覺與推動，帶動整體社會文化價值與政治民主能力的提升。

註釋：

註一：有關美國醫療體系與文化的變化可參閱 Paul Starr (1982), Brown (1979), Burnham (1977, 1985), Campion (1984), Larson (1977), Rayack (1967), Wiebe (1995)；關於台灣與美國的比較研究，可見 Dujian Tsai (1996)。

- 註二：這方面的探討，詳見李察·詹納（Richard M. Zaner）著，蔡錚雲與龔卓軍譯之**醫院裡的危機時刻——醫療與倫理的對話**（2004）；尤其是其中龔卓軍與許敏桃所寫的序可為重要的導引，類似的見解也呈現在令一位醫院裡的哲學家 Stephen Well 訪台所進行的多次演講與實地參訪的過程中，相關的見解彙整與蔡篤堅為應用倫理通訊所編之醫療倫理委員會的專輯之中（25期）。
- 註三：許振東，2001，醫病關係與醫療糾紛的現況與走向—兼論醫療行為說明的必要性，http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/ped/jour/j7/j7_2.htm。
- 註四：李瑞全，即將出版，〈臨床倫理諮詢：組織與運作〉，收錄於李瑞全、蔡篤堅編著，《臨床倫理諮詢：理論與實務》，五南出版社。
- 註五：這方面的探討，詳見李察·詹納（Richard M. Zaner）著，蔡錚雲與龔卓軍譯之**醫院裡的危機時刻——醫療與倫理的對話**（2004）；尤其是其中龔卓軍與許敏桃所寫的序可為重要的導引，類似的見解也呈現在令一位醫院裡的哲學家 Stephen Well 訪台所進行的多次演講與實地參訪的過程中，相關的見解彙整與蔡篤堅為應用倫理通訊所編之醫療倫理委員會的專輯之中（25期）。
- 註六：可參閱蔡篤堅所著〈敘事認同與臨床倫理諮詢〉（2004）；關於互為主體的個人敘事形成的描述，可參閱 Donald E Polkinghorne 所著 Narrative Knowing and the Human Science 一書之中 Psychology and Narrative 章節（1988:101-123）。
- 註七：龔卓軍與許敏桃，〈無盡的倫理·難眠的理由〉於李察·詹納（Richard M. Zaner）著，蔡錚雲與龔卓軍譯之**醫院裡的危機時刻——醫療與倫理的對話**（2004:15）。
- 註八：楊哲銘〈國家醫學倫理政策暨指導綱領之國際比較研究〉（2002）。
- 註九：余安邦：第三屆「台灣本土心理治療學術研討會」會議計畫書，2006，P3、P4
- 註十：余德慧：倫理主體作為生活世界的療癒向度：華人臨床心理學本土化的一個可能途徑（序言）。2005，本土心理學研究，24期，P3-5。
- 註十一：郭素珍〈倫理委員會的形成與運作〉（2003：19-24）。
- 註十二：這也意味著在我們這個時代，即使是專業知識，也不再容許僅由圈內人來定義或是賦予其意義，這不僅是醫療倫理發展的新趨勢，更是劃時代的專業認同與知識生產模式的變革。知識是分享的，權力是參與的，這樣的信念不僅成為六零年代以後醫療發展與體系轉型的新趨勢，也是國內

醫學人文教育改革運動重要的主張之一。六〇年代醫療發展的新趨勢詳見：Paul Starr (1982) , Sardell (1988) ; 由關這方面醫學人文教育改革的趨勢可見：蔡篤堅〈展望新時代的專業人員角色——以醫學人文教育的理論架構為例〉於潘慧玲主編教育研究方法論——觀點與方法 (2004 : 275-308) 。

參考書目：

- Brown, E. 1979 *Richard Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Burnham, John C. 1977 *Organized Medicine in the Progressive Era: The Move Toward Monopoly*, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Burnham, John C. 1985 "American Medicine's Golden Age: What Happened to It?" in J.W. Leavitt and R.L. Numbers' *Sickness & Health in America: Readings in the History of Medicine and Public Health*, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Foucault, Michel 1991 "Governmentality," in Graham Burchell, Colin Gordon, and Peter Miller eds. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality with Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, Michel 1991 1975 *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel 1991 1977 *Discipline and Punishment: The Birth of the Prison*, London: Allen Lane.
- Foucault, Michel 1991 1979 *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*, London: Allen Lane.
- Foucault, Michel 1991 1980 *Power and knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*, New York: Vintage Books.
- Kloppenber, James T., 1986 *Uncertain Victory: Social Democracy and Progressivism in European and American Thought, 1870-1920*, New York and Oxford: Oxford University Press.
- Kuhse, Helga and Peter Singer, 2001, *A Companion to Bioethics, What is bioethics? A historical introduction*, Oxford: Blackwell, pp3-14.
- Larson, Magali Sarfatti., 1977 *The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.

- Latour, Bruno, 1987 *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Leavitt, J. W. and Numbers, R. L. ed. 1995 *Sickness and Health in America: Reading in the History of Medicine and Public Health*. Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Lo, Ming-Cheng 1996 *From National Physicians to Medical Modernists: Taiwanese Doctors under Japanese Rule*, Ann Arbor, MI: Ph. D. Dissertation (Sociology).
- Ludmerer, Kenneth M. 1985 *Learning to Heal: The Development of American Medical Education*, New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Morone, James A., 1990 *The Democratic Wish: Popular Participation and the Limits of American Government*. New York: Basic Books.
- Morone, James A. and Gary S. Belkin, 1994 *The Politics of Health Care Reform: Lessons from the Past, Prospects for the Future*, Durham and London: Duke University Press.
- Pernick, Martin, 1985 *A Calculus of Suffering: Pain, Professionalism and Anesthesia in Nineteenth-Century America*. New York: Columbia University Press.
- Petersen, Alan and Robin Bunton eds., 1997 *Foucault, Health and Medicine*, London and New York: Routledge.
- Rayack, Elton, 1967 *Professional Power and American Medicine: The Economics of the American Medical Association*. Cleveland and New York, The World Publishing Company.
- Rothman, Sheila M., 1978 *Women's Proper Place: A History of Changing Ideals and Practices, 1970 to the Present*, New York: Basic Books, Inc..
- Sardell, Alice, 1988 *The U.S. Experiment in Social Medicine: The Community Health Center Program, 1965-1986*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Starr, Paul. 1982 *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York: Basic Books.
- Tsai, Dujian 1996 "Conclusion," in *Transformation of Physicians' Public Identities in Taiwan and the United States: A Comparative and Historical Analysis of Ambivalence, Public Policy, and Civil Society*, Ph. D. Dissertation in Sociology, University of Michigan, Ann Arbor, pp. 113-117, 121-155, 257-269
- Wiebe, Robert H., 1995 *Self-rule: A Cultural History of American Democracy*, Chicago and London: The University of Chicago Press.

- 白裕彬，2005，死了一個連長之後，
[http://sts.nthu.edu.tw/board/read.php?f=8
&i=1751&t=1751](http://sts.nthu.edu.tw/board/read.php?f=8&i=1751&t=1751)。
- 余玉眉、蔡篤堅合編，2003，台灣醫療道
德之演變——若干歷程及個案探討，
台北：財團法人國家衛生研究院。
- 吳基福，1980，中國醫政史上的大革命——
醫師法修正始末，台北：中華民國醫
師公會
- 李察·詹納（Richard M. Zaner）著，蔡錚
雲與龔卓軍譯 2004 醫院裡的危機時
刻——醫療與倫理的對話，台北：心
靈工坊。
- 邱玟惠，2004，臍帶血幹細胞及其衍生物
之法律地位，東吳大學法律學系碩士
論文。
- 時國銘，2001，人體試驗之國際倫理規
範：歷史的考察，應用倫理通訊，第
19 期，頁：12-21。
- 許振東，2001，醫病關係與醫療糾紛的現
況與走向——兼論醫療行為說明的必
要性，[http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/ped/
jour/j7/j7_2.htm](http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/ped/jour/j7/j7_2.htm)。
- 郭素珍，2003，〈倫理委員會的形成與運
作〉，應用倫理通訊 25 期，頁 19-
24。
- 資策會科技法律中心，2002，生物醫藥科
技領域之法律規範座談會——從胚胎幹
細胞研究之爭議談起，5 月 29 日（星
期三），外貿協會台北世貿中心
（TWTC）第三會議室。
- 蔡篤堅，2002，台灣外科醫療發展史，台
北：唐山出版。
- 蔡篤堅，2004，〈展望新時代的專業人員
角色——以醫學人文教育的理論架構
為例〉，潘慧玲主編，教育研究方法
論——觀點與方法，頁 275-308。
- 蔡篤堅，2004，〈敘事認同與臨床倫理諮
詢〉，第四屆國際生命倫理學研討
會，六月，中央大學。
- 蔡篤堅，2006，〈攸關人體試驗倫理觀點
的演變〉，台北，振興醫院。
- 黃媛齡、蔡篤堅，2006，介於正常與異常
之間異己相逢的旅程——慢性精神病
患生命敘事所蘊涵主體形塑的可能，
宣讀於中央研究院民族學研究所，第
三屆「台灣本土心理治療學術研討
會」，4 月。