

計畫編號：DOH97-TD-M-113-97015

行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫

活體器官捐贈倫理、法律及社會問題之研究

研究報告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：龍紀萱

研究人員：鄭隆賓、柯文哲、辛幸珍、陳世堅、何盛榕

全程計畫：自 97 年 3 月 1 日至 98 年 2 月 28 日止

本年度計畫：自 97 年 3 月 1 日至 98 年 2 月 28 日止

* 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：

如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意*

96 年度衛生署科技研究計畫成果報告審查書面答覆意見表

計畫編號：DOH97-TD-M-113-97015

計畫名稱：活體器官捐贈倫理、法律及社會問題之研究

申請機構：中國醫藥大學

計畫主持人：龍紀萱

首先感謝審查委員的用心指正與建議。綜合審查委員意見，委員評述本研究建議事項中，1. 透過健保給付降低捐贈者配對檢查及後續健檢費用，提高醫院器官移植手術點數；2. 修法設立專案審查制度，審理爭議性案例以平衡醫療需求與道德風險及專案審查；以及3. 許可透過配對交換機制進行腎臟移植。此三點可供衛生署之參考。委員並對報告內容中關於西方國家防止買賣機制之內容，包含所提醫療審議委員會、配對交換機制等，建議進行補充。所以本研究綜合上述審查委員提供之意見，已就上述對研究報告內容進行補充，主要補充之內容如下：

1. 有關活體腎臟配對交換機制之內容說明，本研究補充於，參、活體器官移植發展之後段中進行陳述，主要說明近年西方國家腎臟配對交換的發展趨勢及影響層面與實質效益，詳細相關文獻及內文補充於 14-16 頁。
2. 關於醫療審議委員會之內容部分，本研究補充於，肆、活體器官捐贈相關的倫理及法律問題，有關於親等限制的內文中進行陳述，由於醫療審議委員起源於補充法律親等限制所衍生的侷限性，所以研究針對目前主要被採行的委員會形式及運作內容進行說明，詳細相關文獻及內文補充於 22-25 頁。
3. 對於西方國家防止器官買賣相關限制的補充，主要陳述於，肆、活體器官捐贈相關的倫理及法律問題，有關於買賣問題的討論內文中。主要補充西方主要國家對於器官買賣的法令規範，以及實務上西方各國進行器官移植醫療所面臨的問題與相關措施。詳細相關文獻及內文補充於 25-26 頁。

目 錄

	頁 碼
封面	
目錄	
研究摘要	(2)
本文	(6)
壹、前言	(6)
貳、文獻探討	(8)
參、研究方法	(28)
肆、結果	(35)
伍、討論	(81)
陸、結論與建議	(85)
柒、九十七年度計劃執行成果報告	(90)
捌、九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具 體建議	(92)
玖、參考文獻	(93)
圖、表	(97)
附錄	(103)
一、活體器官捐贈倫理、法律及社會問題研究焦 點團體參與專家名單	(103)
二、醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用問卷	(104)
三、體器官捐贈倫理、法律及社會問題研究訪談 大綱	(109)

研究摘要

中文摘要

關鍵詞：器官移植、活體器官捐贈、倫理

由於國人器官捐贈觀念尚不普及，如何提升活體器官捐贈率，成為推動改善國人健康及醫療發展的重要方向。雖然我國於人體器官移植條例中對於活體捐贈亦有完善之法律規範，惟在社會價值變遷及健康保險制度變革的大環境下，移植醫學倫理問題的複雜性與日俱增，故需針對活體捐贈相關倫理、法律及社會問題予以研究探討，評估改革方案之可行性，以建置未來之最適制度與環境。

本研究依立意取樣邀訪了 245 位相關器官移植醫療人員接受「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用研究」問卷調查。針對活體器官移植現況及捐贈親等限制變更之研究，研究運用焦點團體邀約 30 位專家參與提供建議。

研究統計發現，醫療人員在倫理構面認為「捐贈者知情同意程序」最重要，其次為「不當傷害的避免」；在法律構面，認為「書面捐贈表意程序」最重要，其次為「倫理審議程序」。實務運用方面強調「應嚴格執行知情同意程序」。

研究結論：1.活體器官移植面臨捐贈者資格判定及倫理爭議問

題；2.活體器官捐贈以一親等為主，開放至五親等後捐贈量並無增加；3.醫療技術進步器官移植供給條件限制大幅降低；4.目前活體捐贈限制合宜適當；5.移植器官供需失衡，屍捐是重要的努力途徑；

研究建議：1. 透過健保給付降低捐贈者配對檢查及後續健檢費用；2. 修法設立專案審查制度，審理爭議性案例以平衡醫療需求與道德風險；3. 許可透過配對交換機制進行腎臟移植；4. 器官捐贈者給予特殊照顧；5. 推動腦死非器捐者強制撤除維生系統之立法及無心跳者器官捐贈。

Abstract

keywords : organ transplantation, living-donor organ donation, ethics

Due to the concept of organ donation still unpopularity with most people in Taiwan, therefore, raising living-donor rates has become an important direction of improving people health and medical development. Although the current legislation standard under the statute for human organs transplantation are sufficient , the main problem of the transplantation medical are the change of social and health insurance system facing the increasing of complication as well as ethics problem , in this study, we aim to living-donor related ethical problem and current legislation with social problem to revalue the possibility of amendment program in order to establish a appropriate system and medical environment.

In this study, base on the purpose sampling, we had invited 245 related organ transplantation medical personnel to accept a "medical personnel vital organ donation ethics and practice survey" questionnaire and for the further suggestion, 30 related organ transplantation medical experts had participated in focus group which aimed to research current situation of living-donor organ transplantation and restriction of the living-donor consanguinity degree.

According the statistic results, the aspect of the medical personnel consider that

"donor prior informed consent procedure" is most important, "avoid inappropriate harm" secondly; at the legal aspects, medical personnel also

consider that" written donor expression procedure" is most important, "ethical deliberation procedure" secondly, at the practical operation aspect which were emphasized" strengthen execute prior informed consent procedure".

Study conclusions: 1. live human body organs donation are facing the controversy of qualification certification and ethical problem; 2. after ease restrictions on the degree of consanguinity to fifth degree, first degree consanguinity of living-donor maintain mainly; 3. the width descend of limit in organ procurement condition due to Medical technological progress; 4. the current statute of human organ transplant legislation standards are suitable; 5. because of the gap between supply and demand in a critical situation, cadaver organ is an important effort dimension.

Study suggestions: 1. lever down the fee of match test and sustainability health examine fee through national health insurance subsidy; 2. amendment and establish special case investigation system in some deliberation case for the balance of medical requiring and morality risks; 3. permission kidney transplantation through cross-match notification system; 4. with proposal to the organ donor health supportive system; 5. advance non-donor brain death remove life support system and non-heart-beating donation.

本文

壹、前言

一、問題現況

根據財團法人器官捐贈移植登錄中心資料，98年2月20日登錄累計等待人數有6402人，當中肺臟有19人、心臟有105人、肝臟有646人、而腎臟有5003人，胰臟有42人，眼角膜614人，資料顯示等待器官類目當中腎臟及肝臟需求最為迫切（器官捐贈移植登錄中心，2009）。基於國人器官捐贈觀念尚不普及，而面對國內5仟餘位的等候腎臟移植者及6百多位肝臟移植等待者，如何提升活體器官之捐贈率，成為推動改善國人健康及醫療發展的重要方向。雖然我國對於活體捐贈於人體器官移植條例中亦有完善之法律規範，惟在社會價值變遷及健康保險制度變革的大環境下，移植醫學倫理問題的複雜性與對國民健康、國家發展之影響與日俱增，引起醫療界與社會大眾積極的關注，故需針對活體捐贈相關倫理、法律及社會問題予以研究探討，評估改革方案之可行性，以建置未來之最適制度與環境。

二、研究目的

本研究考量研究目的，分別採用質性及量化之研究方法。

1. 研究首先針對活體器官捐贈倫理、法律及社會問題進行國內外文獻資料之收集分析研究。

2. 根據文獻研究結果設計「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」之研究問卷，分別針對北、中、南245位相關器官移植醫療人員進行問卷調查，以深入了解目前器官移植相關醫療人員對於我國活體器官移植倫理法律及實務上限制改善措施之想法。
3. 對於評估變更活體器官捐贈親等限制部份，本研究邀請了北、中、南共30位之相關領域專家進行三區別的焦點團體訪談，蒐集台灣主要器官移植團隊成員及相關倫理法律專家對於活體移植現況、面臨的問題及未來變更活體器官捐贈親等限制之看法及建議。
4. 最後本研究整合分析國內外文獻、活體器官移植現況需求問卷及焦點團體內容完成報告。
5. 提出活體器官捐贈倫理、法律及社會問題研究報告，作為未來相關學術研究之參考。
6. 針對活體器官移植提出包含器官別、變更對於器官捐贈之適當性、社會衝擊及相關配套措施之建議。

貳、文獻探討

壹、器官移植醫學之發展

在醫療領域中，自從 1933 年，烏克蘭的醫生渥若諾 (Yu Yu Voronoy) 利用輸血的血清定型方法，首次完成同種人體間的腎臟移植。1946 年，哈佛大學哈納格 (Charles Hufnagel)、休姆 (David M. Hume)、蘭斯特納 (Earnest Landsteiner) 提出移植失敗的原因是因為免疫反應的關係。1953 年，法國醫生麥肯 (Louis Michon) 和漢伯格 (Jean Hamburger) 則首次完成活體親屬間腎臟移植。1954 年，哈佛大學梅瑞爾 (John Merrill) 及穆睿 (Joseph E. Murray) 為首的移植小組，首次成功地完成同卵雙生子間的腎臟移植，完成第一例腎臟移植。至今，人體可進行移植的器官已包括：腎臟、心臟、肝臟、肺臟、胰臟、眼角膜、小腸、骨骼、骨髓、關節、肌腱、血管以及皮膚等器官 (李伯璋，2003)。

因為外科手術、麻醉、抗排斥藥、抗生素等等的進步，器官移植變成了器官衰竭末期病人最後一道希望，舉凡腎臟衰竭，心臟衰竭、肝臟衰竭、肺功能衰竭等，藉由器官移植讓這些器官衰竭的末期病人得以重獲新生，或是改善生活品質。迄今，醫學界已實施超過 50 萬例之器官移植手術，接受移植患者，受惠於免疫制劑的開發與應用，術後一年存活率以腎臟移植而言，可達 90%，肝臟為 85%，心

臟、胰臟為 80%，肺臟為 60% (Peter, 2003)。而台灣自民國 57 年完成第一例腎臟移植後，四十多年來，在各種器官移植成績上並不輸給其他歐美先進國家，尤其在肝臟移植成績上更是傲視全球，在國內器官移植亦都早納入常規外科手術的健保給付範圍。總體而言，移植醫學的進展，對人類生命之延續有著重要的貢獻，可說是近 50 年來一項輝煌的醫學成就。但全世界的移植醫學皆面臨相同的瓶頸，即器官捐贈稀少，因此空有進步的移植技術，卻不能造福更多的病人。

貳、我國器官捐贈及移植之相關政策及措施

器官捐贈是指捐贈者(donor)捐出自己的器官或身體的某一部份給他人。這又可分為兩種，一為活體捐贈(living donor)，即活人捐出身上的部分器官(例如一個腎，或一半的肝)，有血緣關係的捐贈，是指活體捐贈者與受贈者之間有血親關係；另有活體無血緣關係捐贈。二是屍體捐贈(cadaver donor)，即腦死的病人，在心跳停止前捐出尚有功能的器官。器官接受即是接受他人捐贈器官的行為，接受者稱為受贈者(recipient) (柯文哲，2000)。

我國在「人體器官移植條例」未立法之前，自人體摘除器官施行移植手術，以恢復病人器官之功能或挽救其生命，雖屬醫療上之正當行為，但對捐贈者(Donor)的生命及健康卻是一種傷害，涉有刑法第二七五條加工自殺罪或同法第二八二條加工自傷罪之問題；其自屍

體摘取器官，則涉有刑法第二四七條損壞屍體罪之問題；而移植手術是否確實符合醫學原理，有益於受贈者(Recipient)之健康與安全，亦應有法律條件之規範。所以 76 年公布「人體器官移植條例」之有關規定，一方面使醫師取得法律的正當性，排除上列刑法之約束，另一方面也是保護捐贈者與受贈者雙方的權益衡平。

「人體器官移植條例」自民國 76 年公布施行迄今已有 22 年，但礙於器官捐贈者來源的缺乏，二十年來，能藉由這些移植手術而受惠的病患仍屬少數，每年等待器官移植者有 7000 多人，平均每年僅約 150 人捐贈，捐贈率為百萬分之六點一，與歐美的每百萬人口 20 人以上相比，相差甚遠，致頗多器官衰竭病患等不到器官而往生令人遺憾(器官捐贈移植登錄中心，2009)。

我國政府鑑於國內尚未建立等待器官移植病患的登錄與分配系統，使受贈者與捐贈者之間未能有效配合，造成珍貴捐贈器官的浪費。因此參考歐美各國相關捐贈器官分配作業，將器官勸募、器官捐贈、器官摘取、器官移植手術、器官捐贈移植配對等作業流程標準化、電腦化，依據民國 92 年修正之「人體器官移植條例」，捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」，協助政府從事器官捐贈與移植之登錄、資料庫建立與相關作業，作為捐贈者、受贈者、器官勸募醫院、器官摘取醫院及器官移植醫院彼此之間的溝通橋樑。有鑑於舉世皆然

的器官短缺問題，如何合理分配稀有救命醫療資源便成為一個重要的倫理法律議題。行政院衛生署歷經多次修改研擬，已於民國 94 年 4 月 1 日正式啟動「器官捐贈移植分配登錄系統」，舉凡國內對於心、肝、肺、腎、胰臟、眼角膜等六種器官的待捐者都必須由醫院上網登錄，再視各受捐者病情嚴重程度進行分配。(器官捐贈移植登錄中心，2009)。

依據「人體器官移植條例」第八條規定：「醫院自活體摘取器官施行移植手術，應對捐贈者予以詳細完整之心理、社會、醫學評估，經評估結果適合捐贈，且在無壓力下及無任何金錢或對價之交易行為，自願捐贈器官，並提經其醫學倫理委員會審查通過，始得為之。」92 年修正之「人體器官移植條例」，為了增加活體器官捐贈來源，條文中也放寬對活體器官捐贈的親等限制，將活體器官捐贈的親等限制，由「三」親等放寬為「五」親等；增訂自活體摘取器官施行移植手術者，醫師有向器官捐贈者說明摘取器官的範圍、手術過程、可能併發症及危險的義務；另由於移植器官的目的，是在恢復病患身體器官的功能或挽救他的生命，但亦不能因此危害到活體器官捐贈者的生命安全。因此，人體器官移植條例訂有嚴格的規定，增訂器官買賣廣告的處罰規定，防杜藉大眾傳播媒體傳佈、散播器官買賣訊息應予以禁絕，以維持器官移植的無償精神，並避免道德及倫理上的爭議。

叁、活體器官移植的發展

移植器官的來源目前可分為活體器官捐贈及死後器官捐贈兩種。活體移植是指自身體健康的個人移植組織或器官給受贈者，活體器官的移植手術，可用的器官有部分肝、腎臟、肺臟及遠側端胰臟。根據財團法人器官捐贈移植登錄中心資料，98年2月20日登錄累計等待人數有6402人，當中肺臟有19人、心臟有105人、肝臟有646人、而腎臟有5003人，胰臟有42人，眼角膜614人，資料顯示等待器官類目當中腎臟及肝臟需求最為迫切（器官捐贈移植登錄中心，2009）。

由於屍體器官移植的來源明顯不足、活體移植遂成了等待器官者的另一線生機。活體器官移植的發展最早第一例成功的腎臟移植是在1954年，在一對同卵雙胞胎的身上所進行之移植，隨著抗排斥藥物之發展，組織配對以及手術技術、器官處理方式的進步，漸漸的活體器官提供者已經可以由同卵雙胞胎擴張到血親，甚而到沒有親屬關係的陌生人。

近代的腎臟移植雖然主要是以腦死病患為主要的器官供應者，然則，每一個地區每一年的腦死的器官捐贈者有一定的數量；另一方面，洗腎的技術，包括血液及腹膜透析也都有長足的進步，使得尿毒病人的存活率越來越高，存活時間也越來越長，相對的對於器官的需

求亦更加迫切；在供不應求的情況下，在一些醫學先進，社會開放的國家，如歐洲及美國；近十年屍體捐贈器官的數額雖然一直沒有再上昇，但是活體捐贈所佔的整體比重卻逐年增加。根據器官分享聯合網絡（United Network for Organ Sharing）統計，2007年美國1萬6629例腎臟移植，有三分之一以上是來自活體捐贈（UNOS，2009）。

比較活體器官捐贈會越受重視，有如下數種原因：（一）、取腎技術的進步；近年來腹腔鏡活腎摘取術有很大的改進，手術傷口小，捐贈者疼痛少許多，使得捐腎者意願大為提高。（二）、活體捐贈者術前都經完整評估及準備，併發症少；不像屍腎往往在急迫情況下通知受贈者，術前準備往往比較倉促，潛在併發症發生率較高。（三）活體捐贈者的腎臟功能完好；冷、溫缺血時間短，術後腎功能恢復比一般屍腎快（賀昊中，2007）。

隨著手術、麻醉、抗排斥藥物的進步及副作用的減少，所有臨床數據都顯示成功的活體移植後，受贈者不只在生活品質上大大提昇，長久存活率及內科併發症的改善率都要比持續洗腎的病人為佳，因此，在器官來源極為不足的現況下，活體器官移植不失為解決尿毒病患洗腎痛苦和不便的最好選擇。

另一方面，面對屍捐人數的不足，各先進國家往往也造成境外換腎市場的存在，所以多數國家都有明文立法禁止活體器官的買賣行為

(健康世界, 2007)。而台灣由於是尿毒發生率及盛行率較高的地區，但是在社會保守風氣之下，屍腎捐贈的人數一直遠遠不足，這也造成過去境外換腎需求的存在，造成許多有違倫理及法律的爭議行為；但隨著我國及中國大陸器官捐贈法令的修改，境外換腎的機率必會大為降低。

而活體肝臟移植也是目前亞洲台、港、日、韓最為盛行的肝臟移植方法，主要原因也是亞洲地區的風俗習慣不鼓勵器官捐贈，以致器官來源缺乏。台灣首例成功肝臟移植於 1984 年完成全肝移植手術，肝臟分割技術是因應捐贈肝源的不足而發展，可以將一個屍肝給兩個人用。活體肝臟移植就是運用肝臟分割手術將捐贈者的肝臟切除部分給受贈者。

活體肝臟移植最大優點為可縮短等待時間，並且可以控制捐贈者與受贈者手術進行的時機，減少肝臟缺氧的時間。而活體肝臟的缺點就是捐贈者所承擔的風險，由於手術難度比腎臟移植手術高，有可能造成捐贈這失能或死亡（張淳茜等，2006）。

因為無論是來自親友或陌生人的腎臟，以活體器官進行手術會比屍捐要好得多。在移植器官極其缺乏的情況之下，近年來歐美各國醫界專家尋找出「腎臟移植配對交換計劃」以為解決之道。根據這項計畫，自願捐腎者如與親友病患的血型或組織型不合，即轉捐另一名

陌生病患，而這名親友病患則可接受其他陌生捐贈者的腎臟（台灣腎臟醫學會，2009）。2001年起約翰霍浦金斯醫院是全美首批執行腎臟移植交換配對計畫的醫學中心之一，根據這項計畫，醫院協助兩對或兩對以上，因捐受贈者血液或組織不合者進行重新配對，在取得成功配對及所有參與配對捐受贈者皆同意下，進行不同配對別的腎臟移植手術。由於推行此項配對交換機制已取得社會大眾對此體制產生一定的信任程度，所以美國於2008年1月特別修改國家器官移植法案（National Organ Transplantation Act），以附加條件內容排除了活體腎臟捐贈配對交換可能涉及的器官買賣法律限制，同年6月美國「器官分享網路」（United Network for Organ Sharing, UNOS）亦正式納入接受活體腎臟捐贈的配對交換機制（OPTN, 2009；UNOS, 2009）。「腎臟移植配對交換」成為美國腎臟器官衰竭病患尋求器官移植的另一重要途徑。

而加拿大器官移植需求近年也是大為增加，目前有35,000多嚴重腎臟疾病者，3,000多名等待名單，根據加拿大器官捐贈登錄中心（CORR），在2007年有1,200位器官移植手術，其中480位來自活體捐贈，由於加拿大屍捐極為稀少，使得活體移植成為重要的來源。多年來全加拿大已有個別的器官共享系統，但部分協議在某種程度上屬於非正式性，類似協議僅在各個器官移植醫生協會的

會議上達成；為了有效促進捐贈及配對成功，2009年2月加拿大血液服務局（Canadian Blood Services）統合安大略（Ontario）、卑思省（British Columbia）、艾伯塔省（Alberta）三省份，進行執行前測計劃，成立「活體器官捐贈配對交換登記系統」（Living Donor Paired Exchange Registry），使活體器官捐贈者與病人間更容易交換配對（CBS，2009）。

加拿大血液服務局整體評估此機制將可以獲至五項成效。1.由於越多的配對登記會使尋找配對成功增加，因此血液服務局預計本制度可以提高15-20%的活體捐贈；2.新的登記制度可以增加及大幅提升活體腎臟器官池，降低腎臟移植病人等待時間；3.對於腎臟疾病末期的病人健康得以增進；4.國家的登記系統建立，對於所有的移植計劃的管道提供品質確保；5.詳實的資料，可進行未來的配對相與學術研究。而根據加拿大及美國的研究，配對機制的建立，對於腎臟末期的病人可以有效降低成本，美國的研究報告更指出，每一個移植手術包括癒後，可以節省整體醫療支出約一百萬美元（CBS，2009）。

由於我國「器官捐贈移植登錄中心」運作多年後已經獲得國人普遍信賴，而其的功能及架構亦類近於美國的「器官分享網路」（UNOS），所以針對未來台灣「活體器官捐贈配對交換登記系統」的發展，有許多醫療界專家認為，或許只要依照美國以修法排除法律

限制後，就可藉由目前器官移植登錄中心的功能加以擴充即可完成。

肆、活體器官捐贈相關的倫理及法律問題

器官移植往往涉及科技、法律、倫理、社會價值等複雜的相關因素，醫療倫理及法律的牽扯更是影響進步的重要指標。蓋器官移植所面臨的關係角色有：捐贈者層面、受贈者層面、捐贈者家屬、醫療人員層面等，因此複雜的人倫哲學、生活觀念便產許多法律上窒礙難行的窘迫問題。倫理上的問題無法解決，則造成法律問題叢生。誠如 Ruth Macklin (1987) 所言，醫療上的進步已經變成了一種摻雜的祝福，也產生了未曾預期的副作用和結果，另外還加了一項前所未曾有的代價，即為倫理上的難題。

倫理學所關心的主題，不是事實而是價值 (value) 或價值判斷。道德規範的存在是為了改善人類生活環境，涉及的當然是各類生活價值的取捨，因此探討道德問題必須重視價值，價值是道德判斷和推理的重要依據。人們對於眾多事物認為有價值，包括生命、財產、友誼、愛情、知識、健康等，一個人行為道德上是否正當，常要看有無牴觸這些價值。

一、器官移植相關醫療人員的倫理及法律問題

Beauchamp 與 Childress(1983)提出四項醫療的生命倫理原則，

分別為行善原則、不傷害原則、自主原則與公平原則（戴正德、李明濱，2000）。

1. 行善原則 (principle of beneficence)：行善是指直接或間接履行仁慈、善良或對病人有利的德行，它被解釋為人性中驅動去造福他人的力量，也被視為道德本身的目標（盧美秀，1995；嚴久元，1999）；積極面是指促進健康或福祉，消極面為減少或預防傷害。所以運用在器官移植是在確定對受贈者有益時，且對捐贈者不減損生理功能時，才能施行器官移植手術。

2. 不傷害原則 (principle of nonmaleficence)：不傷害係指不得故意對人施予傷害或惡行，及不讓人的身體與心靈受到傷害，即不能義務的去造福他人，至少有責任不傷害他人。不傷害原則並不是一個絕對的原則，能適用於所有人。有很多的醫療照顧場合中，「不傷害」原則實質上就是「權衡利害」原則，如在活體器官移植時須看重受贈者重獲生命的同時，仍應避免使捐贈者即受贈者雙方的身心受到不當醫療行為的傷害。

3. 自主原則 (principle of autonomy)：自主 (autonomy) 代表自我管理、自我規範，也就是尊重人自己做決定的原則，用在醫療照顧上，為病人在醫療過程中有自我決定權

(self-determined) 及自我管理權；亦即病人在「正常理性認知」

的狀態下，有權去決定自己的行為，包括決定及選擇醫療專業人員及治療方式。此原則導出「誠實」：不隱瞞病情及診斷，如此他們才能根據被告知的訊息做出決定；及「知情同意」：對器官捐贈者應當告知足夠的訊息，並獲得捐贈者明確的同意方可進行醫療措施。

4. 公平（正義）原則（principle of justice）：探討的是適當、公正的概念或每個人所應當得到的事務或權利，涵蓋了資源合理、公平分配的考量（唐秀治，1996）。Gillon 認為公平原則應用到醫療照護倫理時會涉及下列三個層面：公平分配不足的資源、尊重人的權利和尊重道德允許的法律。

倫理問題之存在在於其不同內涵原則價值間的競爭，而行動者必須統合各種優缺利弊條件來進行行為的決策。常見於活體器官捐贈的醫療倫理衝突，例如：活體器官之捐贈者為一健康之人，器官之摘取必然產生身體的傷害，就會違反了「不傷害原則」；而依據器官移植條例第八、九條規定，須年滿十八歲，有辨別事理能力，經評估在無壓力及金錢交易下，並經醫學倫理委員會審查通過，始得為之，這些規定對於「個人自主」的原則即會有所抵觸。所以通常醫療人員的倫理決策是在權衡利害得失後的行為，如醫師依據「器官移植條例」可以摘取活體器官，可「阻卻違法」，然而在醫療倫理上仍為不得已情

況下，不得不為的作法。

二、 活體器官捐贈者的倫理及法律問題

對於活體器官捐贈者，主要倫理法律的相關問題是會牽涉到「對捐贈者可能的傷害與同意權問題」、「親等限制問題」及「買賣問題」，以下分別描述：

1、對活體器官捐贈者可能的傷害與同意權：

依據「器官移植條例」活體器官捐贈者必須要簽署同意書，須為18歲以上成人，並應出具書面同意及最近親屬二人以上之書面證明，並為移植者五等親以內之血親或配偶為限。摘取器官須注意捐贈者之生命安全，經評估在無壓力及金錢交易下，並經醫學倫理委員會審查通過，始得為之，

所以，絕大多數的活體捐贈者是所謂的關係捐贈者(related donors)，也就是和器官受贈者同一血源、同為一家人，或彼此有情感上的關係。這樣的關係一方面能為捐贈行為提供原動力，另一方面又為捐贈行為在倫理上的憂慮帶來難題，因為關係捐贈者面對自己所愛的人等待援手，他們可能出於自願，也可能不得不忽視捐贈器官所要擔的風險。在法理上，器官移植是醫療某些嚴重疾病的必要方法，但對活體捐贈者的生命及健康卻不免造成些許傷害，固設有法律條文規範（鐘春枝，2002）。但事實上，問題在於當受贈者在醫療上得到

極大的利益時，捐贈者卻要承擔所有的風險。

因此，必須提出這樣的疑問：捐贈者眼看自己所愛的人得救或健康得以改善，且捐贈本身乃值得嘉許的善行，對捐贈者而言，這種種好處和他們所承擔的風險是否能取得平衡呢？即使沒有太明顯的壓力，可能的捐贈者也會在眾望所歸的情況下，被捐贈所帶來的好處所矇蔽，因而刻意忽略自己所冒的風險。

在國內外的移植醫學文獻都告訴我們：捐贈者是雙胞胎、兄弟姐妹或父母，移植成功的機率較大（Steele& Altholz；鍾元強等，1991）。而國內外的親屬捐贈者、家庭以及受贈者都同樣面臨決定的壓力，到底誰要去接受組織配對的檢查？若檢查出是自己最適合時，忍心不捐贈嗎？Kemper 曾說：有的親屬捐贈者希望檢查結果評估出來他是最不適合的。其實有的受贈者也會擔心捐贈親友的日後身體健康或其他問題，而拒絕接受活體捐贈的器官（Gullede et al., 1983；Steele & Altholz, 1987；吳貴君, 1990）。

2、親等問題：

國內早期都是親屬間腎移植，直到民國七十六年才有腦死法令的程序。現在很多病人反而不能得到親人提供腎移植的機會，而必須登記接受別人腦死器官捐贈，整個移植的數目相對減少。事實上，即使強調親情偉大，通常只有父母捐贈器官給自己的小孩的移植最為無

私，尤其是母親。然而父母是兄弟姊妹的，有時候，兄弟間也難以開口希望父母器官捐贈。至於兄弟姊妹間的移植，也有不便指出的問題存在。所以親人血緣間的移植也未必隨著親等範圍開放，而增加移植的機會。如是基於病患利益，則親等的條件限制，只有使得有意活體器官捐贈的其他非五等親屬或友人，無法提供協助而失去醫療機會。

由於人體器官移植條例立法主要精神是「禁止擬作移植用途的人體器官的商業交易，限制無血親人士之間的器官移植」，國內學者李伯璋（2002）即建議，除親屬外，與受贈者間雖然沒血緣關係卻可能都有很深的感情，如能提供各種建立的證明文件及家人同意書也許可以有彈性放寬，例如經由學會及衛生署核定的醫學中心由該院倫理委員會或人體試驗委員會的審核過才可能執行這種手術，甚至可由不同醫學中心的倫理委員會交叉審核通過才可執行。

而立委魏明谷、盧秀燕及賴清德等亦提議，未來修法可由中央衛生主管機關訂定專案審查制度。運用獨立委員會的運作方式，在未能合乎現行法規第八條的條件限制之器官移植案件，基於須另外審酌其複雜性、道德風險性、專業考量急迫性，可委由「人體器官移植委員會」來做專案審查，以緩衝協調現行法令欠缺適用彈性下可能造成人民權益無法周全保障之處，彌補法律無法周延之缺憾（立法院全球資訊網，2009）。

為解決親等限制可能導致有實際扶助關係或情感關係的捐贈者無法協助待贈者，使等待器官者失去受贈機會而導致生命健康及權益遭受嚴重損害，所以有些政府就透過設立「人體器官移植委員會」方式，來專案審查相關緊急醫療事件，如香港於 1986 公告人體器官移植條例，立法時參考各醫療團體意見保持法條適用的彈性，設立了專案審查的「人體器官移植委員會」，委員會主要審批根據條例接受進行在生無關係人士間的器官移植（即器官捐贈人與受贈人並無血親關係或雙方的婚姻關係持續少於 3 年）的批准申請（香港立法會，2009）。香港人體器官移植委員會自 1998-2001 年間共接受 51 件申請案；當中 12 件為腎臟移植，36 件為肝臟移植，腎臟移植審查有一件被撤回，而肝臟移植審查有一件被拒絕。由案例數字也顯示出，專案審查制度對於活體肝臟移植手術的病患有較迫切性的需求。

香港人體器官移植委員會組成，主要由香港衛生福利局局長委任 9 名委員組成，包括：1. 主席 1 名，該人不得是註冊醫生；2. 副主席 1 名，該人不得是註冊醫生；3. 來自醫療界別的成員 4 名，全部均須是註冊醫生；4. 來自社會工作界別的成員 1 名，該人須是註冊社會工作者；5. 來自法律界別的成員 1 名，該人須是具有法律專業資格的人士；及 6. 來自非醫療界別的成員 1 名，該人不得是註冊醫生。另外，亦聘 18 位相同比例人選為委員之備選團（香港立法會，2009）。

香港人體器官移植委員會由實際運作的過程中，也發現一些存在的問題，主要包括：1. 確立血親關係的問題；2. 緊急情況要求委員會審批申請在運作上的困難；3. 對委員會職能及權力有所誤解；4. 對不涉及威迫利誘及商業交易的準則判斷問題；5. 委員會缺乏法律諮詢及背景人力。

而面對委員會這些問題的相關改善措施，香港衛生部門提出以下幾點對策：1. 提供更多確立血親關係的途徑，透過文書查證等規定規例給予支援；2. 應檢討處理申請的方法，應否第一時間向委員會遞交申請，以及委員會應否亦同樣第一時間進行審議，不受辦公時間、睡眠時間或其他形式的惰性所延誤；3. 釐清委員會在行使批准或不批准器官移植申請上可以行使的酌情權十分有限；4. 對於威迫利誘及商業交易，若要證明情況並不存在，邏輯上只能排除各種可能性，才能予以證明，在實際環境下難以達致，鑑於條例的目的是預防器官移植作商業交易，而非阻止向病人提供所需治療，以及移植活體捐贈者的器官，特別是須緊急進行的手術，往往是最後一線希望。所以審議時建議：(1) 有關決定應以病人為重，即使犯錯有疑議，亦須批准申請，讓病人有一線生機。(2) 委員會在審議申請時，應採取主動，例如會見申請人、有關親屬及人士，以便取得第一手資料或印象。委員會成員不應只根據文件所載的資料而作出決定。較開放的態度遠勝於官僚

的處事方式。(3) 即使委員會否決申請，若有新證據，亦應主動覆核其決定。(4) 應接受誓章證據，以作決定。(5) 委員會可要求有關人士就其申請時所聲稱的資料，作出宣誓。此舉可阻嚇申請人提供虛假的資料（香港立法會，2009）。

3、買賣問題：

器官是生命的禮物，只能出於愛心的捐贈，絕不能買賣，人體器官移植條例第十二條亦規定：「提供移植之器官，應以無償捐贈方式為之」。但仍有不肖的商人視人體器官為生財之路，因而有慘無人道、不符合醫學倫理、違反法律的販賣器官行為出現（柯文哲，2000）。

對於防止器官買賣的法律規定，基本上各國對於人體器官買賣的行為皆有法律明文反對禁止，但各國間互有國情差異，如加拿大的人體組織捐贈法案第 14 條（Human Tissue Gift Act.14），違反法律者，求處 6 個月以下徒刑及 1,000 加幣以下罰款（BC Laws，2009）；而英國的人體組織法案 17-9（Human Tissue Act 17-9）則是處 12 個月以下徒刑及 5 等級以下罰款（Human Tissue Act，2006）；美國的國家器官移植法案 Sec 274e（National Organ Transplantation Act .Sec 274e-）是
明定罰責為 5 年以下徒刑及 50,000 美元以下罰款（OPTN，2009）；
而西方國家中以德國杜絕態度最為積極，依德國刑法 180b 及 1801

(Human Organ Transplants Act . 180b 及 181)若違法涉及人體器官買賣，經查證屬實，將求處五年以下徒刑及罰金，且人民就算是在外國觸法同樣適用此法 (Legislationline, 2009)。

目前雖然西方各國皆有法律禁止人體器官的金錢買賣，如歐洲議會 1999 年有相關提案，希望歐盟間能就人體組織、細胞、器官、血液進行締約，且訂定更嚴格的罰責，但是同樣面臨國情文化差異及捐受贈者間對價關係 (Valuable Consideration) 查證的困難，所以對於法律條文的規範效用，普遍存有實際適用上的困難，目前許多學者仍不認為運用法律能有效規範到器官捐受贈者間的對價行為 (Williams et al, 2007)。同時，由於人體器官移植手術屬於需要相當先進醫療科技設備及專門技術的專業領域，且移植的規範涉及公私領域不同價值倫理的爭議性，所以西方社會基本上較傾向專業主義，信任醫療體系的專業自主運作，及透過具備社會公信的非營利機構來制定分配原則及協助中介服務，而法律功能則是主要在於提供基本原則性的防範。目前聯合國及歐盟均對於如何限制已開發國家人民到相對落後國家，進行境外器官買賣的問題十分關注，為目前討論器官買賣的主要議題 (EUROPA, 2007)。

參、研究方法

一、研究設計

本研究主要為針對我國活體器官捐贈倫理、法律及社會問題做深入的探討與研究，所以考量研究目的成效與符合旨趣，分別採用質性及量化之研究方法。

研究首先針對活體器官捐贈倫理、法律及社會問題進行國內外文獻資料之收集分析研究，然後根據文獻研究結果設計「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」，分別針對北、中、南共245位之相關器官移植醫療人員進行「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」問卷調查以深入了解目前器官移植相關醫療人員對於我國活體器官移植倫理法律及實務上限制改善措施之想法。

對於評估變更活體器官捐贈親等限制部份，本研究邀請了北、中、南共30位之相關領域專家進行三區別的焦點團體訪談，蒐集台灣主要器官移植團隊成員及相關倫理法律專家對於活體移植現況、面臨的問題及未來變更活體器官捐贈親等限制之看法及建議。

以下將就研究方法、抽樣方法、研究對象、研究工具、研究資料收集期程及資料分析方法進行說明。

二、研究方法

本研究根據上述研究設計，考量研究目的以及研究取向，採用文獻分析法、問卷調查法及焦點團體三種方式來進行研究。

（一）文獻分析法

本研究主要是收集國內外活體器官捐贈相關法規文獻資料，進行次級資料分析，分析內容將包含英美等國活體器官捐贈相關法規、文獻進行歸納分析研究。

（二）問卷調查法：調查研究法（survey research method）是社會科學研究中經常使用的研究途徑之一，其原理是透過一套標準刺激（如問卷），施予一群具代表性的受訪者所得到的反應，並據以推估全體母群對於某特定問題的態度或行為反應（邱皓政，2000）。問卷調查法，主要為透過研究者所設計之開放性或封閉性之問卷進行研究對象之問卷調查，藉由問卷收集相關資料，經統計分析與假設檢定，以了解現況、驗證相關理論與文獻，並提出相關建議供參考。

本研究根據文獻研究結果設計結構式半開放性「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」問卷，分別針對 245 位相關器官移植醫療人員（包括參與醫師、醫學教授、勸募人員、護理人員、社工師、器官捐受贈者…等）進行問卷調查，以深入了解目前器官移植相關醫療人員對於我國活體器官移植倫理法律及實務上限制改善措施之想法。。

(三) 焦點團體法：焦點團體，或稱團體深度訪談，是一種「團體」訪問的質性研究方法，研究者在此團體中扮演中介者(Moderator)角色，以團體間互動討論的言辭內容為核心蒐集所需要的資料。Breet(1990)認為焦點團體法具有時間短、成本低、有彈性、較高回覆率及藉由團體的互動可激發思考等特性。焦點團體最大的功能是蒐集探索性的資料，在研究的早期可以用作探索性的前趨研究，發覺前所未知的重要變項與變項間關係，供大型量研究之用（吳淑瓊，1992）。

本研究對於評估變更活體器官捐贈親等限制，研究邀北、中、南各 10 位之相關領域專家進行三區別之焦點團體訪談，蒐集對於變更活體器官捐贈親等限制之看法及建議。研究考量研究結論超越現有法律規範時如何有效落實問題，焦點團體中亦邀請了法律背景之專業人士同參與思考落實可行之內容，以使研究成果能為社會所接受。

三、研究抽樣方法及研究對象

本研究主要考量北、中、南之器官移植區域地理屬性，依立意取樣分別就北、中、南五家醫學中心醫院，共邀請 245 位相關器官移植醫療人員協助接受問卷調查。另關於評估變更活體器官捐贈親等法律規範限制，本研究邀約北、中、南共 30 位，包括移植醫療團隊之成員、醫學倫理教授及法律專家之相關領域專家（參與專家名單詳見附

錄一)，進行北、中、南三區別之焦點團體訪談，透過會議蒐集各專家對於修改增訂活體器官捐贈親等相關法律限制之看法，以及未來推動落實可行之相關立法內容及政策訂定之具體化建議。

四、研究工具

(一)、「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」問卷

本研究根據文獻研究結果設計結構式半開放性「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」問卷，問卷主要內容包含四部份，第一部分為受訪者基本資料，包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、家庭狀況、宗教信仰、工作職務、服務單位、醫療工作年資；第二部分為醫療人員的關器官捐贈暨移植經驗；第三部分為醫療人員對活體器官捐贈倫理與法律之相關看法；第四部分為醫療人員對活體器官移植實務運用之相關看法。問卷設計目的在於藉由半開放性的問卷以深入瞭解我國醫療人員對於活體器官捐贈倫理及實務運用之工作現況(如附錄二)。

(二)、焦點團體訪談大綱

焦點團體訪談部分，本研究透過研究小組討論來發展適用及符合研究主旨的訪談大綱設計，內容包括活體器官移植服務現況；活體器官移植手術最常面臨的問題；活體器官移植捐贈限制條件的看法意見；未來推動落實活體器官移植可行之相關建議，四個面向(如附錄三)。

五、信度分析

首先，向相關器官移植醫療人員說明本研究目的、內容與價值、以及可能參與本研究之研究對象，研究於2008年9月至2008年12月間

進行問卷調查，全部發出245份，回收率100%。

本研究主要為探究活體器官捐贈倫理、法律及社會問題，因此將先藉由國內外相關文獻資料、法令、措施及過去之學者研究進行資料蒐集，然後依據本研究主旨進行結構式調查半開放問卷設計，完成之問卷將邀請五位相關領域之專家學者針對問卷內容進行專家內容效度之問卷效度審查，根據專家審查之評分及意見進行問卷修正。完成之後將進行30份問卷之試測，試訪同時將以開放問卷方式詢問受訪對象對於問卷設計之意見，以做為問卷修正之參考。前測之問卷將以因素分析進行信度檢定及Cronbach's alpha進行內在一致性(consistency)效度檢定。問卷根據統計信效度分析($KMO > 0.5$ ， α 值 > 0.6)、及綜合受訪者意見之結果進行問卷題目刪除及之內容之修正，在問卷定稿完成問卷工具的信效度品質及穩定度提升後，再進行後續正式之問卷調查施測。

本研究在活體器官捐贈倫理與法律之相關看法，其整體構面Cronbach's alpha值為0.881；在活體器官移植實務運用之相關看法，其整體構面Cronbach's alpha值為0.678。本研究態度量表之Cronbach's alpha值皆大於0.6，表示在評估活體器官捐贈暨移植態度各構面，內部各項問題具有一致性，由此可知，本研究具有高度內部一致性。

六、效度分析

(一)內容效度

本問卷首先對問卷進行表面效度考量，由相關領域之學者專家進行專家效度考驗，經過相關專家建議與修改後將進行問卷之試測。

(二)建構效度

本研究針對10題評估活體器官捐贈倫理與法律之相關看法的變項進行因素分析，所採用的萃取因素為主成分分析法，保留特徵值大於1及因素負荷量大於0.5的共同因素，同時並運用陡坡圖之最大轉折點進行萃取。為方便所抽取的因素命名及解釋，使用Promax做正交轉軸。因素分析器官捐贈暨移植態度所得結果有兩個因素特徵值大於1且陡坡圖之最大轉折點，以主成分分析法可解釋活體器官捐贈倫理與法律之相關看法之63.98%的總變異量，故此建構效度應可被接受。

活體器官捐贈倫理與法律之相關看法因素一，包括以下4個項目：活體器官移植須是在確定對受贈者有益，且對捐贈者不減損生理功能時，才能施行器官移植手術；活體器官移植須看重受贈者重獲生命的同時，仍應避免使捐贈者及受贈者雙方的身心受到不當醫療行為的傷害；對活體器官捐贈者應當告知足夠的訊息，並獲得捐贈者明確的同意方可進行；活體器官移植必須尊重社會道德及符合法律的規定。這些變項說明活體器官捐贈倫理之相關看法，故命名為「倫理構

面」，其解釋變異量為32.88%。

活體器官捐贈倫理與法律之相關看法因素二，包括以下6個項目：請問您覺得對於目前活體器官的捐贈，不可以有任何金錢買賣的法律限制是否合理；請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須是為移植者五等親以內之血親或配偶的法律限制是否合理；請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須是年滿18歲的法律限制是否合理；請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須要簽署同意書的法律限制是否合理；請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須最近親屬二人以上之書面證明的法律限制是否合理；請問您覺得對於目前活體器官移植手術，必須經評估在無壓力及金錢交易下，並經醫學倫理委員會審查通過的法律限制是否合理。這些變項說明活體器官捐贈法律之相關看法，故命名為「法律構面」，其解釋變異量為31.10%。

七、研究資料收集期程

本研究於97年3-7月開始進行國內外相關文獻資料蒐集，於6月設計「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」，7月進行「醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用」專家內容效度會議及開始進行問卷試測及問卷信效度統計分析，9月至10月進行正式施測及北區及南區專家焦點團體訪談，11月進行問卷資料輸入分析及專家焦點團體訪談資料輸入，12月中區專家焦點團體訪談及資料輸入分析，98年1月進行研

究報告之撰寫，97年2月完成研究報告。

八、資料分析方法

專家焦點團體資料部分，將透過訪談稿之登錄、整理與分析，歸納整合各專家意見，發展出含器官別、變更對於器官捐贈之適當性、社會衝擊及相關配套措施之研究報告。

調查問卷部分，完成之後，有效問卷將經譯碼、鍵入、核對等步驟，再運用 SPSS/PC 統計套裝軟體進行分析。半開放性問卷部分，將透過訪談稿之登錄、整理與分析。依本研究目的採用下列之統計方法：

(一)描述統計：本研究將先以次數分配、平均數、標準差、百分比，了解個人基本資料、以及活體器官移植現況及需求。

(二)推論統計：為進一步驗證不同個人個人基本特質對於活體器官移植現況及需求的差異性，研究將針對不同不同類型之變項，分別應用單因子變異數分析(One Way ANOVA)、t 檢定(t test)及 Pearson 相關(correlation)來交叉比較分析不同個人基本特質與活體器官捐贈倫理與法律；活體器官移植實務運用之相關看法。

肆、結果

本研究主要包括醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用問卷調查及移植醫療團隊成員、醫學倫理教授及法律專家焦點團體訪談。以下本研究將分此兩部份研究結果分別說明。

第一節 醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用

一、基本資料描述性統計

基本資料包含：性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數、宗教信仰、現任職務及醫療工作年資，分別敘述如下(詳見表一)：

(一)性別

性別分布以女性 204 人居多(83.3%)，其餘為男性 41 人(16.7%)。

(二)年齡

年齡分布以 26-30 歲 102 人為最多(41.6%)，其次為 31-35 歲 46 人(18.8%)，36-40 歲 37 人列為第三(15.1%)；平均年齡 32.2 歲，年齡最長者為 65 歲，年紀最輕者為 22 歲。

(三)教育程度

教育程度分布以大學畢業 182 人為最多(74.3%)，其次為專科畢業 36 人(14.7%)，再者為碩士畢業 21 人(8.6%)列為第三。

(四)婚姻狀況

婚姻狀況分布以未婚 157 人為最多(64.1%)，其次為已婚 82 人(33.5%)。

(五)子女數

大部分皆沒有小孩 71.0%，有小孩者占 27.8%。

(六)宗教信仰

宗教信仰的分布以一般民間宗教 100 人(40.8%)為最多，其次為沒有宗教信仰 51 人(20.8%)，佛教 42 人(17.1%)列為第三。

(七)現任職務

現任職務分布以護理師 101 人(41.2%)為最多，其次為社工師(員)40 人(16.3%)，再者為醫師 21 人(8.6%)。

(八)醫療工作年資

工作年資的分布以工作 10-20 年 74 人(30.2%)為最多，其次為工作 5-10 年 66 人(26.9%)，工作 2-5 年 52 人(21.2%)名列第三。平均醫院工作年資 8.27 年。

二、器官捐贈相關經驗次數分配之樣本特性描述分析

器官捐贈相關經驗包括：參與移植團隊成員、填寫器官捐贈卡、自己或親友曾是器官受贈者、自己或親友曾是活體捐贈者、家人曾經是腦死捐贈者及捐贈器官意願等，分別敘述如下(詳見表二)：

(一) 參與移植團隊成員

大部分研究對象皆未曾參與移植團隊成員(66.5%)，未參與屍體(71.8%)或活體(76.7%)器官移植手術。

(二)填寫器官捐贈卡

填寫器官捐贈卡之分布以沒有填寫器官捐贈卡 183 人居多(74.7%)，其餘為有填寫器官捐贈卡 58 人(23.7%)；其中未隨身攜帶器官捐贈卡 37 人(63.8%)、家人不知道有填寫器官捐贈卡 22 人(37.9%)居多。

(四)自己或親友曾是器官受贈者

自己或親友曾是受贈者僅 9 人，占 3.7%，受贈器官以眼角膜、腎臟與肝臟居多。

(五)自己或親友曾是活體捐贈者

自己或親友曾是捐贈者僅 2 人，占 0.8%，捐贈器官以肝臟居多。

(六)家人曾是腦死捐贈者

家人曾是腦死捐贈者僅 1 人，占 0.4%，捐贈器官以眼角膜居多。

(七)捐贈器官意願

大部分皆願意捐贈器官(68.6%)，其中願意捐出的器官中，大部分皆願意全部捐贈(28.5)，其次為眼角膜(6.9%)，再者為腎臟(6.2%)。

三、活體器官捐贈倫理與法律之相關看法

活體器官捐贈倫理與法律之相關看法包括十個題目，其中分成倫理構面與法律構面，分別敘述如下(詳見表三)：

(一)倫理構面

倫理構面中，「對活體器官捐贈者應當告知足夠的訊息，並獲得捐贈者明確的同意方可進行」此題目平均數最高為 3.63，其次為「活體器官移植須看重受贈者重獲生命的同時，仍應避免使捐贈者及受贈者雙方的身心受到不當醫療行為的傷害」與「活體器官移植必須尊重社會道德及符合法律的規定」分數為 3.59；整體倫理構面分數為 3.59。

(二)法律構面

法律構面中，「請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須要簽署同意書的法律限制是否合理」此題平均數最高為 3.47，其次為「請問您覺得對於目前活體器官移植手術，必須經評估在無壓力及金錢交易下，並經醫學倫理委員會審查通過的法律限制是否合理」分數為 3.34，再者為「請問您覺得對於目前活體器官的捐贈，不可以有任何金錢買賣的法律限制是否合理」分數為 3.28。其中「請問您覺得對

於目前活體器官捐贈者，必須是為移植者五等親以內之血親或配偶的法律限制是否合理」此題意見較為紛歧，有 64 位(26.1)認為不同意或非常不同意。整體法律構面分數為 3.24；整體而言，活體器官捐贈倫理與法律之相關看法平均數為 3.38。

四、活體器官移植實務運用之相關看法

活體器官移植實務運用之相關看法包含五個題目(詳見表四)，在實務運用方面，「為了避免資訊不充足及親屬壓力造成非自願性捐贈，法律應當嚴謹地要求施術醫師履踐嚴謹的告知後同意程序」此題平均分數最高為 3.42，其次為「基於病患利益，五親等限制可考慮彈性放寬，使得有意活體器官捐贈的其他非五等親屬或友人可以捐贈，但須經醫學倫理委員會及中央衛生主管機關許可通過」分數為 3.18，再者為「為鼓勵活體捐贈者，對於活體捐贈者除住院健保外，可給予其他適當的財務補助」分數為 3.12。整體而言，活體器官移植實務運用之相關看法平均數為 3.17。.

五、基本特性與器官捐贈相關經驗對倫理、法律及實務看法之差異分析(詳見表五、六)

(一)倫理構面

曾經參與移植團隊成員($t=3.93$, $P<0.001$)在倫理構面認同度高於未參與移植團隊成員。

(二)法律構面

工作年資($F=2.428$, $P<0.05$)、曾經參與移植團隊成員($t=3.62$, $P<0.001$)、曾經參與屍體器官移植($t=2.32$, $P<0.05$)與曾經參與活體器官移植($t=2.91$, $P<0.01$)，在法律構面認同度較高於未曾參與者。

(三)倫理與法律整體構面

工作年資($F=2.563$, $P<0.05$)、曾經參與移植團隊成員($t=4.22$, $P<0.001$)、曾經參與屍體器官移植($t=2.10$, $P<0.05$)與曾經參與活體器官移植($t=2.49$, $P<0.05$)，在整體構面認同度較高於未曾參與者。

(四)實務運用相關看法

未參與屍體器官移植($t=-3.09$, $P<0.01$)，在實務運用看法認同度較高於男性與未曾參與屍體器官捐贈。

六、基本特性與相關經驗對倫理、法律及實務看法之相關分析(詳見表七)

(一)倫理構面

工作年資($r=0.159$, $P<0.05$)與曾經為團隊成員($r=0.247$, $P<0.001$)，與倫理構面呈正相關，顯示年齡越長、工作年資越長與曾經為團隊成員，倫理構面議題態度方面越正向。

(二)法律構面

年齡($r=0.136$, $P<0.05$)、工作年資($r=0.182$, $P<0.01$)、曾經為團隊成員($r=0.229$, $P<0.001$)、參與屍體器官捐贈($r=0.152$, $P<0.05$)與參與活體器官捐贈($r=0.190$, $P<0.01$)，與法律構面呈正相關，顯示年齡越長、工作年資越長、曾經為團隊成員、參與屍體器官捐贈與參與活體器官捐贈，法律構面議題態度方面越正向。

(三)整體構面

年齡($r=0.147$, $P<0.05$)、教育程度($r=0.136$, $P<0.05$)、工作年資($r=0.193$, $P<0.01$)、曾經為團隊成員($r=0.266$, $P<0.001$)、參與屍體器官捐贈($r=0.138$, $P<0.05$)與參與活體器官捐贈($r=0.164$, $P<0.05$)，與整體構面呈正相關，顯示年齡越長、教育程度越高、工

作年資越長、曾經為團隊成員、參與屍體器官捐贈與參與活體器官捐贈，整體器官捐贈倫理法律構面議題態度方面越正向。

(四)實務運用看法

性別($r=-0.137, P<0.05$)、曾經為團隊成員($r=-0.141, P<0.05$)與曾經參與屍體器官移植($r=-0.218, P<0.01$)，與實務運用看法呈負相關，顯示性別為女生、未曾參與移植團隊與未曾參與屍體捐贈者，在實務運用看法此議題態度越負向。

第二節、移植醫療團隊成員、醫學倫理教授及法律專家焦點團體內容分析

本研究為深入評估變更活體器官捐贈親等限制，研究邀請了五家醫學中心醫院負責器官捐贈移植手術之移植團隊成員及相關倫理與法律背景學者，進行北、中、南三區別，共 30 位專家的焦點團體訪談。主要蒐集了解各執行器官移植醫療機構目前活體器官移植服務現況、器官移植醫療面臨的主要相關問題，以及對於修改增訂活體器官捐贈親等相關法律限制之看法及建議，以作為未來推動落實可行之相關立法內容及政策訂定之參考。以下，本研究將就訪談成果進行焦點團體訪談內容分析。

以下本文將分別就活體器官移植服務現況；活體器官移植手術最常面臨的問題；活體器官移植捐贈限制條件的看法意見；未來推動落實活體器官移植可行之相關建議，四個面向進行分析說明。以下首先就活體器官移植服務現況之內容加以說明：

一、活體器官移植服務現況

本研究歸納訪談成果，對於各醫療機構之活體器官移植服務現況提出如下六項要點；(1) 活體器官移植手術執行程序依照流程及團隊分工進行；(2) 活體移植以審慎保守為原則，配合病患及親屬之捐贈決策；(3) 器官移植小組肩負捐贈者資格審核把關及非自願性捐贈預防的任務；(4) 活體器官移植手術主要為腎臟及肝臟移植，肺臟尚未實施；(5) 醫學倫理委員會的審議功能對於捐贈者缺乏實質主動調查權；(6) 自從放寬五親等內的活體捐贈限制捐贈並無明顯增加，且目前捐贈多數為直系親屬。以下將就其重要訪談歸納分析彙整：

(1) 「活體器官移植手術執行程序依照流程及團隊分工進行」

本研究歸納訪談成果，發現各移植醫院基本都有訂定活體器官移植程序，主要活體移植依照醫院內既定工作流程進行，主要包括功能等檢查、移植小組審查、醫學倫理委員會審議、進行手術等程序，而移植團體則本於專業角色分工各司其職相互配合。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A03：不論是腎臟或肝臟移植，除腎功能肝功能之外，還有很多解剖學上的構造，所以說要做很多的檢查，除這些檢查之外，包括了社工室還有精神科醫師的評估，最後如果通通合適的話，也不是由我們來作決定，我們會把這些資料通通收集起來就送到倫理委員會去，去看他們怎麼決定，當然在比較科學方面是由我們來評斷，但是最後的一個階段是由倫理委員會他們去評估看要用誰的，那通過以後就再找一個時間，大家合適的時間來…

A07：程序其實法律上都有規定，就是門診評估，再來就是三個，醫學評估，

社工評估，精神科評估，其實也都是照那個規定在走，

- B01：由臨床醫師篩選合適之病人及捐贈者，經活體器官移植審查小組審查通過，送倫理委員會醫學倫理委員會活體器官捐贈移植審議小組審議通過方可執行；內、外科臨床醫師負責捐贈者、受贈者之醫學評估，並對捐贈者、受贈者及家屬說明器官摘取之範圍、手術過程、可能之併發症及危險，使其充份了解；精神科醫師負責捐贈者與受贈者之精神醫學評估及心理評估，社工師負責捐贈者與受贈者完整的社會心理評估；器官移植協調師，彙整相關資料送倫理委員會醫學倫理委員會活體器官捐贈移植審議小組審查。
- B03：本院參與者包括腎臟科、尿外科、精神科醫師、社工師及協調師；腎臟科、尿外科醫師負責醫療說明及腎臟功能之評估、精神科醫師負責評估雙方之精神狀況是否合適執行移植手術，社工則評估社會、心理及經濟狀況，並為其連結社會資源以幫助病患獲得適當之醫療協助。
- B06：首先會先評估受贈者是否符合健保局規定的適應症，經健保局送審通過或各科專家開會決議後再與受贈者及其家屬討論，若有合適的捐贈者，再進行捐贈者的評估，待彙整個相關部門的評估結果後才進行手術。其中參與的有臨床醫師，負責受贈者及捐贈者的臨床評估及、手術執行及之後的長期照顧；器官協調師，負責各部門的居中聯繫及初步的問題解釋；社工師，負責了解病患社會、家庭、經濟情況，以避免是否有器官買賣之嫌；精神科醫師，負責評估受贈者及捐贈者的精神狀況是否健全，尤其針對酒精性肝硬化患者，須評估其酒精戒斷及是否有酒精成癮情形；另外還有放射科、檢驗部門、醫學倫理委員會…
- B08：末期肝衰竭患者須經過肝臟移植自審會議審查評估是否適合移植，審查通過成為肝臟移植等候者，上網登錄至「肝臟移植等候者名單」，等候合適之屍體肝臟捐贈者，以及找尋合適親屬，進行「活體肝臟捐贈者評估流程」。；活體肝臟捐贈者資格篩選；前往移植門診評估(第一階段)，準備相關之關係證明文件，並於第二階段門診時繳回；第二階段(門診評估，或視需要住院評估)；捐贈者資料送「醫學倫理委員會」審查；安排並進行活體肝臟捐贈與移植手術。
- B09：由醫療團隊依據受贈者身體狀況評估移植必要性，向家屬提出活體移植建議，醫療團隊便針對受贈者五等親內的潛在且具捐贈意願者評估生理狀況及排定相關檢查，同時由社工師及精神科醫師聯合施以社會心理評估，以確認捐贈者在無親情及金錢壓力之下同意移植捐贈事宜，爾後移植協調師便將會將整個檢查結果送醫學倫理委員會審查，使得以進行移植手術。如有緊急手術需求者，可電話事先報備醫學倫理委員會，得於事後審查。移植協調師：各專業團隊協調聯繫及捐贈者聯絡，協助完成檢查及審查流程；移植醫師：術前評估、相關移植事項說明，參與手術，並指導護理人員術後照顧；護理人員：術後照顧；社工師：社會心理評估、評估家庭支持系統以評估是否有後續連結社會資源需求；精神科醫師：社會心理評估，提供移植者及受贈者身心狀況協助意見。

C10：現在活體移植，就是會先請病人等待著，然後看是哪一個家屬要捐贈給他，然後就會到○醫師或是○醫師的門診，先評估，先作一些基本的檢查，一些生化檢查看合不合適，如果這一些檢查都沒有問題的話，就會到社工還有那個精神科醫師的部分，那還再請我們另外一個○醫師跟捐贈者解釋，會告訴他一些危險性，手術方式這一些相關的問題，如果說○醫師這各部分都沒有問題的話，那我們就會把醫師的意見還有就是精神科還有社工的部分，會診之後的結果，送到醫院倫理委員會，等開完會後就會通知有沒有通過，通過之後就會通知病人跟家屬，安排時間來開刀，

C03：依本院活體器官移植程序進行，主要參與為各臟器移植團隊，依工作內容而訂定。

C04：運作方面依本院及各項規定(衛生署制定)，制定流程。人員：主要為醫師、協調師、社工、精神科、人倫會等等；角色與功能：依各項流程之環節與流程運作及人員之工作內容而訂定。

(2)「活體移植以審慎保守為原則，配合病患及親屬之捐贈決策」

本研究歸納訪談成果，主要執行活體器官移植的專家表示，多數醫院面對活體移植手術，都是以審慎保守被動為原則，面對需移植病人，醫師主要說明移植條件限制及選擇，而移植決策則由病患及親屬間去形成。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：像肝臟移植比較常遇到，腎臟移植比較沒辦法說服，肝臟移植大部分都跟家屬講，你們家屬考慮看看，看有誰願意捐，如果有人的話才送倫理委員會，捐贈條件看他適合不適合，捐贈者檢查完以後連同資料送衛生署看有沒有通過，看可不可以這樣，大概程序是有受贈者出現，有人需要，接受討論以後受贈者的家屬有考慮說用活體器官捐贈，那在家人裡面找看看有誰適合，經過初步的檢查，比方說B型肝炎帶原者通常家屬也是帶原者，那這個人就不用再討論，

A03：醫院的活體捐贈的移植手術大致上～都是先有器官衰竭的人，比方說腎衰竭或肝衰竭的人，那當然我們評估他的情勢，看看他能不能等很久，如果說他能等很久的時間的話，或者說他自己的意願很高的話，我們就是會跟他提起有這個活體器官移植這樣的事情，恩～病患本身提的比較少一點點，那當然有些肝臟移植的這個病人他們會自己提，因為這種比較緊急的，腎臟移植的話就稍微少一點點，所以說我們都是先有這個想

等候器官移植的人，然後有的時候是家屬自己提起，那有的時候就我們提，跟家屬提起這樣子，然後我們再～如果家屬同意病人本身大概也要同意的時候，我們再從他的幾個家屬裡面，由他們自己家屬去～看看誰捐的意願最高，因為我們不太合適去幫他們家屬裡面去挑選，由他們家屬裡面自己推選一位到兩位出來，然後先作一些評估，先作一些基本的評估，就是最基本的什麼～生化學的檢查，如果說合適的話，沒有不可以的話，我們再讓他住院作比較仔細的評估，

A03：對！當然這個我們會跟家屬來提供這樣一個訊息，因為如果說等不到的話，對病人過世的話對家屬來說，對家庭來說也是一個損失，那當然如果說家庭有人能夠捐器官然後救活這個人的話，當然捐贈者可能會有一點傷害，但是整體來說如果說是～整體來說是有利的話，那或許對這個家庭還是值得。

A06：基本上一個病人來通常我們大概解釋會分做兩個部分，一個就是受贈者本身，就是說我們要評估受贈者本身是不是已經病情到需要器官移植的程度了，不管是腎臟移植肺臟移植或是肝臟移植，～所以我想最後通常我會跟家屬講，就兩部分，第一個我們先評估他受贈者本身是不是需要這個器官移植，我們現再評估這個部分，那受贈者評估過之後，接下來才考慮到說捐贈者從哪裡來，那捐贈者我們會～剛才提到過會給他機會選擇，就是說在國內大概會有兩個可能來源，一個是等人家捐贈，一個是親屬捐贈，這是器官捐贈者部分，那也會讓他了解說國內目前等人家捐贈的情形，那假如說～機會比較少，病情又比較急迫的話，那另為一個選項就活體移植捐贈，所以大概一般的情形大概是這樣的一個程序。腎臟因為可以洗腎，比較沒有這個問題，我們從不說服移植，我們只提供一個機會，就是說目前有這樣一個治療方式你可以選擇，但是我們從不去說服，我們不會給他壓力，我們不希望他有壓力，我們只是提供有這樣一個選擇，選項，他可以作一個參考，他自己做決定。

A06：家屬牽涉到兩個部分，一個假如說項肝臟的話，假如急性肝衰竭，比如說猛暴性肝炎，那個是命在危夕，應該可能一兩天時間就沒了，這種通常家屬他就會很急迫，很焦急的說他會～想要積極去做這樣的一個活體捐贈的一個評估，當然我們也必須要讓他了解就是說還是有一定的檢查，不是說要做就馬上作，所以大概這一般情況，那對於一些在門診比較慢性的一些肝臟硬化，就是說沒有那個急迫性的話，通常大概就是剛才講的，就是說我們先評估受贈者情形，受贈者適合捐贈的，我們再評估，就是說他在我們的等候名單上，就是說真的有器捐來源的話，不管從屍肝捐贈或是活肝捐贈他有機會作這樣手術的話，那我們再來第二個層次再來考慮到說這個捐贈是等人家捐，或者自己親屬捐，那～其實在目前的話，在我們等候名單上大概有三分之二的家屬，都會表達他們想要作親屬捐贈的意願，當然另外有三分之一他就是還是會在等候名單

上，所以變成說～反而是肝的活體比較多。

A07：因為資訊很發達，他們其實自己都上網，資訊都很發達，報章雜誌也報導都很多，因為其實人來他都已經查的清清楚楚了，他才會來找你，他才決定要找誰，他們也都去查，大部分來就是，我們這邊，我的部分就是來就是要移植～活體應該我們算最多，腎大概就是這個情形，都是有一些資訊，他們大概都知道了，他也都有相當的了解了，腎臟是比較不會遇到什麼家屬的反應，我們大概就是～他如果有意願來就是他要捐，他們沒有意願就不會來，Liver狀況比較多，Liver家屬就會很多了，因為腎沒有換不會怎麼樣，再洗就好了，啊！肝如果你沒有換就會有生命危險啊！

A08：一般移植資訊是協調護理師在提供，他們那個資料，一開始是屍贈，後面就會附上活體捐贈，衛教單張～有的病人自己也會去報章雜誌，大家都知道，大概都知道，現在大概都知道活體移植，資料協調護理師會提供，但是真的沒有說服，不可以去說服！那不可以說服的！

C10：他可能會先在我們醫院的那個洗腎室洗腎，那就有些資訊是從醫師跟護理人員那邊，然後再讓他們從那邊轉介過來○醫師或○醫師的門診，他要有希望來做這個器官移植的登錄，那先登錄！那登錄的時候我們協調師會告訴他有這個，你可以等待屍體捐贈～屍體器官捐贈也可以，活體捐贈，告訴他這個資訊，

C10：對對對！他們自己去決定，但是有些～其實有些病人他們早就知道這個資訊，但是他們都想好，他們就是不願意接受親朋好友的捐贈，因為有的是譬如說媽媽或者是爸爸要捐，或是兄弟姊妹，但是他們都拒絕，都直接拒絕，因為我會問他們有沒有親屬可以捐贈，或是有沒有意願，那他們有些病人是會說他們也不願意接受，也有親屬提出來但是受贈者他也不願意接受，他們就要等待屍體捐贈，所以○○醫院事實上並沒有～說實在並沒有積極的去推動這個活體捐贈這件事情，所以事實上每年的這個量並不多。

C05：這個我想其實喔，像我們醫院為什麼一年作沒有那麼多個，因為我們沒有去鼓勵，都是讓病人自己來找我們，為什麼要被動！就我們希望病人他本身有很強的意願的時候，我們再進行這個手術，不過他今天是被半推半就的，醫師這樣花言巧語這樣就來作這個手術，萬一他後續有什麼問題的時候，那怎麼辦，所以我覺得其實病人除了他願意要捐器官出來，這是要很大的勇氣，那自己要等於說自己要承擔自己生命的風險，我想很多人每個人隨便開個小刀都嚇的要死，不曉得會不會身體麻醉下去就再也不會醒過來，每個人都好像經歷生死的經歷這樣，所以這時候要捐要有很大的勇氣才能去做這個決定，那我們也希望說是～能想的很清楚了，所以原則上風險的評估包括個各術前的一些檢查，我們都會作的很詳細，我們有時候詳細到比一般的健康檢查那種花好幾萬塊的健康檢查

作的還要細，那看有沒有什麼感染，都作的很詳細，那當然整個身體的評估，還有他的本身的意願跟動機也很重要，所以原則上我們一定會充分的告知，那他捐的人本身也有相當的決心，有這樣的決定我們才願意執行這樣的手術，所以這個這部分是一定，這些程序是一定都不會少的

C07：因為這個捐贈者關係到捐贈者本身也有差，譬如說血型，他除了家屬五等親內，只有一個人血型符合，那全部的注意力都到他身上，這樣對病人本身的精神狀態不太好，所以其實我們以前看過的情形，我們不會去推這個，我們只是會提供，譬如說你們去找家屬五等親內，B型的人，但是我們不會去就是說要趕快有一個捐贈者，趕快出來這樣，因為畢竟那也不是一個小手術，也是一個非常大的手術，那另外精神科醫師也必須要去評估那個捐贈者，如果感覺起來不是很想捐，那也不能強迫他捐，

(3) 器官移植小組肩負捐贈者資格審核把關及非自願性捐贈預防的任務

本研究歸納訪談成果，主要執行活體器官移植的專家表示器官移植小組必須肩負相關捐贈者資格的審核把關工作，以及預防因親屬壓力而產生的非自願性捐贈。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：我們現在有精神科跟社工室的分析，他們如果有困擾的話～我們有一個臨床倫理委員會，他們會去報，比方說我們很多資料不一定要全部要～像腎臟不一定要送衛生署？但是我們醫院裡面有這樣！通常是這樣啦，我們是移植小組把關，他們自己弄完以後他們覺得有問題的case他們會去報那個臨床倫理委員會，或是他覺得怪怪的會進來報告，那就可以委員去判定，所以問題是這樣～我覺得這整個流程有沒有，還是在移植小組，因為移植小組如果去跟他講說這個報沒有問題，那他們倫理委員會也不會去…

A03：當然，社工各方面他們主要處理一些家庭啦，他們人際關係啦，家庭裡面的人際關係等等，還有他的職業經濟來源，那精神科醫師，我還是照會精神科醫師來看他這個捐贈者本人是不是有一些～他是不是自願的，另外他對這些捐贈的手術是不是了解等等，

A06：站在醫師的立場，我們是保護捐贈者，我們把捐贈者的安全擺在受贈者之前，所以只要捐贈者～通常我會單獨一對一跟捐贈者要有一個溝通的機會，這樣捐贈者他才會把他心理話講出來，你假如其他家屬在旁邊

- 他根本不會講，所以在過去這種情形下有時候捐贈者他會直接跟你表白他不願意，是他爸爸或什麼逼他的，這時候其實我們會想辦法去保護這捐贈者，當然我們也不希望造成家裡的一些困擾，所以我們也會用一些委婉的方式去拒絕這樣的一個捐贈的行為，所以基本上我們的態度是保護捐贈者，特別是捐贈者的意願，他要有主動的意願，就是不要強迫他，
- A08：日本也是這樣啊，他們也是他們兩個捐贈者都是要一對一面談，就曾經發生過那個捐贈者他會哭啊，就是他如果不是很想捐這樣，
- A09：剛○醫師講到就是有的是我們看到有的是想捐的不能捐，能捐的不想捐！這個其實應該是最困難的，那其實我們社工評估的時候大概是幾個面向，一個當然是他的親等關係上我們會作一個確認，就是用身分文件來確認，然後另外一個就是像我們在評估的時候我們大概都會問一下說～我們會去了解說這個潛在的捐贈者他對於這個受贈者他整個狀況的了解，跟他怎麼去了解到他可以作捐贈者的這個過程，然後從他知道他可能可以就捐贈者之後，他去跟誰作了討論，他心理想些什麼，他決定捐贈的原因，簡單來說就是因為我們最後出一份報告！那我的原則通常是說你要講一個合理的故事，讓我可以這個報告上讓審查委員知道說你對於你這個要接受捐贈的人整個的狀況。
- A09：因為就像○醫師講的，捐贈者的話他會面臨很大的壓力，他如果不捐其他家屬都會一直會去批評他，你是不是不孝順，你是不是有其他的問題，所以會造成有很多人其實是不樂意捐的，而且其實這個手術這麼大，所以這在評估的時候都會列入考慮到，之後以一個統稱的理由說他不適合，
- A09：基本上我們都會要求看身分證或是戶籍文件，那譬如說夫妻的話～因為夫妻法律上有限制他們結婚時間，所以我們會要求看他戶籍謄本，或者是說看他們其他小孩，因為有小孩也可以！就是說看小孩的那個戶口名簿，那如果說是一般兄弟姊妹～所以其實我們在確認關係這一點，現在都會要求看他們的身分文件，就是說～即使你是幾等～四等五等你一定要把所有中間的那個身分資料，譬如說同一個爺爺奶奶～你也要把爺爺奶奶的資料都調出來，那我們看看說這個關係上～法律關係上都是連的起來的，我們就會連那個一起交給倫理委員會，
- A09：其實這是可以預見的問題，就是說將來大陸那邊或者甚至像之前有聽說一個是越南籍配偶，他在娘家那邊的媽媽要從越南過來捐，這種跨國的可能會越來越多，之後會遇到這樣的狀況，如果說跨國的話，可能他們也是在母國也會有他們自己的身分證明跟文件，然後可能透過外館的方式，去認證說這個在～譬如說他們在越南的身分文件這個在越南是什麼樣關係，透過外館來證實說這個是他們母國的文件，那是代表這個人跟這個人是什麼關係，
- A10：然後我們這邊是如果知道他是可能超過三等，我們就會多問一些比較

了解那個動機！我們可能會多問一些，譬如說家庭關係的那個部份，他們是～失聯了很多年最近才再連絡還是怎麼樣

A10：比較從家庭層面去看，譬如說這個決策到底是一人獨裁，還是說是由經過充分的告知，整個家庭都知情的，然後同意這樣的事件發生，然後也會去了解說因為像他如果進行捐贈，等於家裡面有時候捐贈者跟受贈者同時有兩個病人，那些未來照顧的狀況，包括短期之內經濟上面可能會有一些狀況的時候，他們有沒有想這一部分，而不是只有在我要救你這個人身上這樣子，因為旁邊會影響的人其實也不少，所以就會去了解這個問題，

C06：他一定要經過我們精神科的評估啊，精神科的評估，如果剛提到的他有那麼大的壓力，那精神科評估就不適合，所以光是精神科那一關就不會過了！對不對！那他不會過，我想我們最後給家屬的回覆是說他不適合的時候，我們不會把精神科評估的結果告訴他，就是說他整體不適合，所以有沒有壓力我想精神科醫師那一關本來就是很重要了，

(4) 活體器官移植手術主要為腎臟及肝臟移植，肺臟尚未實施

本研究歸納訪談成果，主要執行活體器官移植的專家表示，目前活體器官移植手術主要為腎臟及肝臟移植，肺臟尚未實施，國內手術主要是集中於少幾個醫學中心進行。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A04：每年腎臟移植方面，一年大概作八十例，那～屍體的大概作四十到五十，四十多一點，那活體的話四十少一點，那肝臟的話每年大概作三十幾例的肝臟移植，那大概三分之二是活體的，

A06：肝臟○○一年大概三十到三十五例，那其中大概三十例左右會是活體肝臟移植，那目前○○的肝臟移植大概佔整個台灣的大概四分之一左右，四分之一到三分之一，主要是肝腎，像肺的部分，我們還沒有開始，我們只有通過那個健保局的那個臨床試驗評估計畫，所以還沒有開始。

B01：腎臟移植：每年約 20 至 25 例；肝臟移植：每年約 15 至 20 例

B06：肝臟及腎臟。活體肝臟移植的個案數有增加趨勢，96 年為 19 例，97 年為 30 例；活體腎臟移植 96 年為 2 例，97 年為 3 例。

C02：目前執行中有活體腎移植，肝移植衛署通過。每年約 10-20 個個案

C03：主要為腎臟移植，每年約 10-20 個個案

C10：平均起來每年有二到三例，

(5) 醫學倫理委員會的審議功能對於捐贈者缺乏實質主動調查權

本研究歸納訪談成果，主要執行活體器官移植的專家表示活體器官移植手術都會由醫學倫理委員會進行審查，但委員會審查的機制是缺乏實質主動強制性的探究調查權力。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：我覺得倫理委員會基本上是被動的：我覺得他也不是主動調查，所以大部分還是在移植小組控制的，我自己的感覺是這樣，對啊！我認為是操縱還是在移植小組手中，所以移植小組他們～如果說他們去委員會報告說沒問題，人家委員會也不會去跟他查啊，理論上他們有權力調查只是沒有實行。醫師如何去負責說親等關係的認證，他從大陸來的親戚就～他大陸來的親戚要捐給他，我們醫師怎麼去舉證，

A02：沒有實行！沒有人事費？要派誰去調查？困擾就是說～我們法律的問題，其實沒辦法了解啦，就像你提的問題，我們沒有什麼法律可以行，不會有什麼權力去調查病人的二等親三等親五等親的親屬關係。所以這每一家醫院的作業時間不同，所以準則還是跟著條文在走，可是條文認定也知道可以寬一點也可以鬆，看你的認定是怎樣！有的是要對身分證對戶口名簿，有的人就口述就認識就相信你，看你要從嚴還是從寬，

A03：現在衛生署那邊是分兩種，像腎臟的話不用送到衛生署，肝臟的話～台大榮總跟高長好像不用送，可以自己審，那其他醫院的話可能還是需要送到衛生署去審核，那衛生署他是說大概兩個禮拜之內一定會回復。不過那個衛生署那邊的審核，純粹就是審那個科學這方面，純粹是看科學方面的審核，他不評估那些什麼家屬方面的，

C08：審議委員會他有這個能力去查的出來，他們之間有沒有買賣甚至於對價的關係，這個都是檯面下，即使是親戚之間你看起好像符合法律的五等親，但是他們私底下是不是有對價的甚至於買賣的行為，審議委員會應該不可能知道這些內部的細節，所以他審議，他也是審議說你這個病人不符合換腎或者換肝什麼條件，那你要捐贈者你符不符合這個條件，遇到條件達到他最低的要求，他就進入，然後一但有肝就換給他，所以他似乎沒有辦法去真正的去追蹤病人私底下的這些對價的行為，可能他沒有辦法查的出來。

C08：一般我們醫院自己也有一個倫理委員會，然後他也接受就是說譬如說你要移植之前，類似這些不是專業的，類似就像倫理方面這些這方面的審議，事實上很多像這種，他也是看你有沒有明顯的器官買賣啊，對價關係啊，事實上你私下的像那種，你不可能給審核委員知道啊，事實上這種東西我們也不可能去~我懷疑你們兩個可能之間有什麼對價關係，我就不幫你們換，事實上不可能，醫師本來就是救人天職~救人命是我們的天職，我們不能因為我懷疑你怎樣怎樣，我就不幫你做，我想這個可能是跟我們天職是有牴觸的，

(6) 放寬五親等活體捐贈限制，但實際捐贈並無明顯增加，且捐贈者仍多數為直系親屬

本研究歸納訪談成果，主要執行活體器官移植的專家表示，近年來雖然放寬五親等活體捐贈限制，但各醫院實際捐贈者並無明顯增加，而且主要捐贈者多數仍為一等直系親屬，三親等以外就相當的稀少。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：從開放親等後親屬間活體捐贈移植並沒有明顯增加，所以，問題五親等限制其實就很寬了，再寬也不知道要寬到哪裡去，照理講五親等以外很少人在交往了，所以五親等的限制如果再放寬就變朋友，問題是~朋友實在太難規劃了，所以不曉得~所以五親等限制要不要再更開~我個人是沒什麼意見，另外有一個想法，器官是永遠不夠的，永遠不夠的，

A06：開放親等限制，像肝臟的部份，其實差不多，肝臟部份大概像小朋友的話，又分大人跟小朋友，小朋友最多的還是媽媽，然後大人的話最多的還是兒女，兒女！目前作最~最遠的大概四等親，那其他三等四等那個大概都是可能個案，

A07：都是一等親，二等都很少了，幾乎是一等，兄弟姊妹有算二等，不過基本上大部份都是一等，夫妻，父母，子女，三等就~就會有點怪怪的，！

A08：如果這樣講的話，開放五等親增加實在是有限，根本開放五等親以外這無意義，因為大部份會捐還是一等二等，說連五等親三到五都沒有人要捐

A10：因為現在還是我們都還是一等親為主啊，然後有時候是一等親他是沒有辦法捐的，才會去動用到二等三等親，這個部份。一般來說就是我們就是可以從戶籍謄本，戶口名簿然後或者身份証上面先去判斷說他到底是怎樣

的關係，那基本上來說雖然是五等親但是其實還是近一點的捐贈意願比較大，都跟最親的一等親

C08：幾乎都是至親，因為通常都是父母親給小孩，或是小孩給母親，所以這個都沒有~都不會有問題，因為他不夠親喔！可能也沒有這個動力會讓他去捐，我平白無故我跟你不是那麼親，我為什麼要拿一顆腎臟給你，甚至於切一塊肝給你，所以會捐的話大概都是至親，很少看到遠房親戚，就算他是符合法律的要求，也很少看到他會捐，

二、活體器官移植手術面臨的問題

本研究歸納訪談成果，對於各醫療機構活體器官移植手術最常面臨的問題提出如下八項要點；(1) 活體捐贈者的手術傷害及風險是移植手術最大倫理的爭議及的壓力；(2) 主要活體移植手術推動困難，在於有意願捐贈者的缺乏；(3) 肝臟移植評估送審時程延誤，影響手術時效，可有更彈性做法；(4) 立法限定親屬原意防止器官買賣，但親屬間對價關係實不易探究；(5) 捐贈者評估的困難；(6) 受贈者身體狀況的惡化導致移植風險增加；(7) 捐受贈者容易因選擇性認知產生過度期待；(8) 移植所需支出負擔的自費項目費用，對部分經濟狀況不穩的家庭造成經濟負擔及壓力。以下將就其重要訪談歸納分析彙整：

(1) 活體捐贈者的手術傷害及風險是移植手術最大倫理的爭議及的壓力

本研究歸納訪談成果，相關專家表示活體器官移植對於活體捐贈者的手術傷害及風險是一個持續面臨具爭議性的倫理問題，而移植

手術不容許失敗的特性也一直帶來一直團隊極大的壓力負擔。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A07：我們不太喜歡作活體，不好做！很大的壓力，醫療沒有百分之百的，但是活體的期待是百分之百，他沒有成功他為什麼要來，他就是覺得會成功他才會來，但是對醫師來講，開刀怎麼會有百分之百的，沒有百分之百的，所以就在認知上其實根本就有一些差異，

A08：對啊！屍捐如果沒有增加的話，其實作活體醫師的壓力都很大，

B01：自健康的人身上摘取器官可能造成的傷害及器官摘取的麻醉與手術相關風險。

B03：大多捐贈者均會對醫療的過程、手術的成功率、術後身體的恢復等問題向醫師詢問清楚，大多數捐贈者都已經過審慎之考慮才會接受評估，因此在評估過程通常發生較為特殊的問題包括：過度自信或希望趕快手術而對術後之影響並未深入思考。

B04：自健康的個人摘取器官移植給受贈者，在醫學上安排適當時間進行捐贈手術？對活體捐贈者的生命及健康卻不免造成些許傷害？

B04：延長或改善受贈者的生命遠比捐贈者的風險還要重要？— 盡力減少捐贈者的風險，手術期間或長期併發症仍難免產生，事先告訴捐贈者可能的危險是必要的。

B06：擔心捐贈者的安危及對日後身體狀況的影響。

B08：擔心手術對捐贈者的影響；手術成功率、預後；對手術過程感到焦慮；手術的費用；家人的反對；以及來自受贈者親情的壓力。

B10：活體器官的移植要很小心的進行，否則他是一個不符合倫理的事情，因為他究竟是一個生命，活生生的生命，一個活生生生命跟一個生病的生命之間互相捐贈的事情，那當然要有相當衝擊的一個才能夠成立，成立這樣這種好的一個醫病關係，這麼好的關係之間更是在器官在分享之下，那這個制度要小心謹慎，

C02：評估個案中除了手術技術層面問題外，捐贈與受贈關係，捐贈者之健康評估為之最重要一環節

C03：出至於自願，在這樣的健康人身上取下器官會有倫理上的憂慮

C04：醫療人員真的是否要執行以一位健康之捐贈者執行手術

(2) 主要活體移植手術推動困難，在於有意願捐贈者的缺乏

本研究歸納訪談成果，專家表示活體器官移植主要活體移植手術推動困難，在於有意願捐贈者的缺乏，有時則是因為來至於親屬間

的反對而導致捐贈者無法捐贈，而不是親等限制造成的障礙。以下為

焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：我覺得還是那樣，我每次講到像我說～你爸爸是猛暴性肝炎啦，你們親戚有沒有願意捐器官給他，每次講完下一次會客時間人少掉了，因為老實講喔，那個開刀有沒有危險？有風險啊，所以我覺得面臨最大問題是第一名。我們現在台灣那個每一代生的人數少，所以要做活體捐贈喔～不要說B型肝炎，常常一個人有全家都有，親戚都有！所以活體第一個困難就是說～那個潛在的捐贈者量就很少這第一個問題，本來就不多！現在潛在少數幾個當中找起來～大概每個人都有問題！就是說～不見得每個都有自己的家庭，自己的什麼～不見得大家願意捐啦，所以我問你！你要不要捐60%的肝給你表哥，死亡率千分之十，你一聽就落跑了對不對！同樣的道理，所以最大面臨問題是第一個沒有適當的捐贈者，第二那些所謂適當捐贈者都是被拱出來的，那很多情面上問題，所以當你檢查發現他～如果是剛才檢查結果不行，他很高興，非常開心，

A03：捐贈者就大家庭裡面很難推出一個很合適，當然第一個就是家裡都沒有合適的！那當然就是大家也沒話講！大家都不合適！比方說他全家都是B型肝炎帶原者的話那就通通不合適捐肝臟，那這個就沒什麼話好講的，那當然比較碰到的問題會有那種就是有人想捐有人不想捐，會有這樣的問題，目前比較主要的困難就是沒有捐贈者！因為以現醫療技術只要有捐贈者大部分都可以找的到合適的，大部分的！

B02：沒有合適的捐贈者、有合適的捐贈者但沒有意願

B06：每個家庭成員可能都有一些疑問及想法，常遇到捐贈者評估完全而且無明顯的禁忌症，即使受贈者病況不佳，仍因家庭中有人反對而無法施行手術。

B07：捐贈者其他家屬捨不得或反對，如妻子娘家，先生夫家或配偶另一半

B09：捐贈者其他親屬因過去家庭因素或與受贈者互動關係不佳而反對，故在簽署同意書時，需最近親屬二人以上之書面證明的部分受阻，導致影響完成捐贈意願。

(3) 肝臟移植評估送審時程延誤，影響手術時效，可有更彈性做法

本研究歸納訪談成果，專家表示肝臟活體器官移植，經常因於病患身體的急速惡化，而移植又需面臨各種檢查評估及送審，導致時程延誤影響手術時效，建議未來可採取更彈性做法。以下為焦點團體

訪談相關之內容彙整。

A06：通常其實這樣的情形，猛暴性肝炎他能作肝臟移植的黃金時間有限，通常只有幾個小時到幾天，那所以即使家屬表達他有意願要作捐贈，但是第一關我們要先評估受贈者適不適合，那大部分的情狀受贈者一來都已經～比如說敗血症休克啊，心跳血壓不穩啊，或是已經～已經有兩丁就是已經重度昏迷，已經變成瀕臨植物人的狀態，這種情況下評估下來受贈者的情況不適合作捐贈的話，當然你就不用再評估了捐贈者的情形了，所以不管我們還是要先評估受贈者情形，受贈者的情形適合作移植的話，再來評估考慮捐贈者，到底是等人家捐或者活體捐贈。這牽涉到政策面的問題，因為像在國外英國的話，只要你猛暴性肝炎符合肝臟捐贈，他們評估大概四十八小時內他可以等到捐贈者，屍體肝臟捐贈，那在國內大概沒有這樣的一個環境，那那基本上假如說一個比較有組織的團隊的話，我們過去最快的紀錄大概～捐贈者的話大概一天之內評估完，也就是受贈者從禮拜四早上重度昏迷，禮拜五捐贈者評估完，禮拜六手術，這是目前我們最快的，對！我們也希望往這個方向去努力，但是這牽涉到整個制度，因為這個評估牽涉到太多科部，就是除非整個團隊都是很有組織的，大家都全力配合才有可能有這樣的效率，放在台灣這個大概是很難，那當然速度越快～不過這個台灣很難，這牽涉到太多層面了，

(4) 立法限定親屬原意防止器官買賣，但親屬間對價關係實不易探究

本研究歸納訪談成果，專家表示活體器官移植立法限定親屬關係原意為防止器官買賣，但親屬間的對價關係其實是不容易進行探究。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

C06：醫師大概沒有調查權去調查，所以醫師不應該做為這樣來決定說你到底有沒有對價關係等等，你應該是成立一個獨立的一個審議委員會，這裡面的成員，可以有醫師但是也許是以法學社工的那些人員為主，那他們有一定的調查的權限，然後所有的人活體捐贈，你如果要開放也好不開放也好，都經過他來審議，他來作判斷，那他判斷之後的一個結論，他同意了，那我們醫師就來作，那相對將來我們醫師不用去碰觸太多的～

C07：所以其實他把整個規定，醫師就是照著走，但是我們現在是按照現行的規範走，就算我聽到說父親說遺產給你多一點所以你捐，我們也不能因

為這樣就不給他換，如果說到時候真的開放五等親，如果說朋友捐，有聽到說有對價關係我們也不可能說這樣就不幫他換，因為既然這個法已經開了，那他符合這個法就是要換啊，只是說有沒有什麼就是那個除了這個法開放之外，有沒有其他的規範，

C08：事實上喔，我們也聽過你即使說限制親等，那雖然不是～雖然是在五等親以內，基本上他雖然不是真的拿價錢去買，但是基本上我們還是有聽過有所謂的對價的行為，就是說我捐一個腎給你，你可能要給我什麼樣的好處，這可能是默契上，也不見得我一定把錢拿給你，但是基本上這樣子也算是一種廣義的買賣，他已經有了對價關係，事實上我覺得法律上可能沒有辦法規範到那麼細，他就算是真的有意要規避法律，他不需要就直接拿金錢出來交易，因為台灣他已經事實上，他已經把你有可能會產生對價關係或是買賣關係這個條件都已經破壞掉了，所以你只要不是五等親之內，你不可能來捐，所以他已經先把這些有可能的先刪掉，但是他符合了這個條件的他未必就不會有對價或是買賣的關係，那這些不可能去查的出來，

C08：應該是這樣子，譬如說我們倒過來講好了，譬如說你現在醫師知道你這個情形要捐給另外一個人，他都符合，但是後來又私下聽到原來他兩個人有相對的對價關係，哪你醫生還要幫他換？你知道之後你會幫他換？你就算知道了你還是會幫他換，！我想大部分的醫師可能都還是會幫他換的，因為這基本上是你們之間私底下的對價關係，我可以當做不知道，對不對！只要他不是強侵豪奪，他不是跟你講，而且他也是符合五等親之間的對價關係，他也沒有說～擺明了我拿多少錢，當著醫生的面前，我拿了多少錢給你，沒有啊～他們這些都不是我們所能夠知道的，你只是後來或是說你要換肝之前，或是換腎之前，你聽到耳聞這樣，那你這樣你就會不幫他換？不可能！

C08：當然我要知道他捐贈者他不是出於脅迫，他不是出於脅迫，他是自願的，如果他是自願而不是出於脅迫，那他們兩個之間如果不是沒有什麼～就算是有一些對價的關係，我們醫師要去當這種仲裁者的角色？對啊！你就算是沒有仲裁者的～沒有對價關係，我還是一樣啊，我要先幫你身上的東西先拿下來給這個人，我的做法完全沒有變，不會因為當我知道你們兩各有對價關係的話，我就對你特別不好～我會看不起你這個受贈者，我想我們醫師要有同理心，要有同情心。

(5) 捐贈者評估的困難

本研究歸納訪談成果，專家表示活體器官移植對於捐贈者的評估涉及相當多的複雜性問題，但現實在時間有限、調查機制及資源缺

乏的條件下，深入的評估是相當困難的。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

- B01：活體器官捐贈者評估經常碰的困難是親情的壓力？符合捐贈條件之多位兄弟姊妹中，為何獨選一人？是否有對價關係？這些問題
- B02：金錢對價的有無、捐贈者的志願性、未成年人的捐贈是目前活體器官移植困擾的問題
- B03：最大的困擾是患者前來評估前會相互交換經驗，前來社工評估時，常會避談與捐贈意願有關之議題，因此是否有利益交換的評估較無法確卻獲得正確訊息，以致於較不容易評估雙方是否有不對等的關係或利益交換等真實情況。
- B04：捐贈者的動機與抉擇—主要在於捐贈者所冒的風險在器官移植手術的施行前，醫療團隊所應重視及考量的，除了原則規定的符合與否，應以更審慎的態度面對捐贈者的個人意願及自主性及捐贈者所冒的風險。
- B08：較常有問題的應該是對捐贈者所做心理、社會評估的部分，有些受贈者是因長期酗酒導致肝硬化(此類病人通常對家庭照顧少，甚至有家暴情形出現)，縱使捐贈者有意願捐贈，但常因家人的反對…等，於2階段門診評估完成後，需繳交捐贈同意書時，才表明無法捐贈。此外買賣問題，是無法從現行的評估去得之。
- B09：受贈者家庭中尚有其他不具行為能力成員(如：植物人)，就生理條件及法律規範受贈者的親等條件符合，且該捐贈者為家庭成員中捐贈後對家庭、工作及生活影響程度最小者，但往往法定代理人即為受贈者或其他相關親屬，就代理決定權的部分在法律及倫理層面考量均有爭議。
- C02：醫療手術部分應於捐贈與受贈評估(心理)完成後，針對倫理與法律問題妥善完成後，執行手術之醫療部分，才能完善；認為衝突點，以評估為最重要的，有些親屬關係較遠(非直系親屬)，因此無法真正判定捐贈者是否百分之百。
- C03：捐贈者部份無法判定是否出於內心真正的自願選擇捐腎…
- C04：捐贈之捐贈條件須評估較長時間；家庭結構與關係之接受度須長時間會談與了解。

(6) 受贈者身體狀況的惡化導致移植風險增加

本研究歸納訪談成果，專家表示活體器官移植經常面臨受贈者身體狀況的惡化，導致移植風險增加，擔心手術失敗。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：我覺得應該是還是手術沒有百分之百成功，受贈者方面有哪些困擾，就手術後失敗啊，沒有成功啊，這很可怕你看~做活體捐贈，做活體捐贈對醫師是很大的壓力，因為這樣手術失敗了那其實如果這個受贈者死掉甚至捐贈者死掉就不得了，如果屍體捐贈都還好如果活體捐贈大家壓力都很大，

A02：到比較多的問題就是情況太爛的不能作啊，逼著我們去做，情況太濫不能做，不能接受，病人問題是這個成功率太差醫生不太想做，或變成是受贈者跟醫生之間的衝突，我說情況太濫就不能做，他說我要最後機會你要給我啊，所以受贈者一定都是這樣，跟醫師的衝突，成功率太低醫師不願意做，

B02：病患狀況不佳、不適合手術

B06：手術的成功率及相關合併症，以及原發疾病（B型肝炎、C型肝炎、肝癌、自體免疫疾病…）的治療。

B08：手術的成功術、預後；對手術過程感到焦慮；手術費用；術後無家人可提供照護(因免疫抑制劑需終身服用，且須每天按時服用)。

(7) 捐受贈者容易因選擇性認知產生過度期待

本研究歸納訪談成果，專家表示活體器官移植由於捐受贈者容易因高度的心理期待，選擇性認知對己有利的資訊，缺乏手術風險的完整認知、預後照護、可能導致醫糾等後續問題。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B03：過度期待手術的預後、對醫療的了解僅聽取正面訊息、對部分經濟狀況較差的個案會擔心因經濟的問題無法獲得手術的機會。

C02：對於手術期待高，較少提及風險部份。後續照顧”移植衛教”最為重要。

C03：由於是親屬捐贈，所以受贈者對移植術後的期望很高，與醫護人員的認知有一段差距。

C04：對於手術過度期待，易缺乏對疾病與風險認知。以及害怕捐贈之捐贈後健康影響度。

(8) 捐受贈者移植所需支出負擔的自費項目費用，對部分經濟狀況不穩的家庭造成經濟負擔及壓力

本研究歸納訪談成果，專家表示活體器官移植手術捐受贈者所需支出負擔的自費項目費用，有時金額不少，對於部分經濟狀況不穩的家庭往往會造成經濟上負擔及財務的壓力。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A03：我們那個移植協調師那邊，護理師那邊就有統計過，我們評估通過的，就是說住進來審核評估之後，大概是一半左右啦，一半～三分之一到一半，所以說大概有一半的人是要自費評估費用

A05：目前健保對於那個器官接受者的給付就是有懲罰的效果，就是他審核刪的蠻凶的，對於腎臟捐贈者超過五天都會被刪，所以現在目前健保對於這方面可能會有懲罰的效果，

A06：現在活體捐贈基本上我們會跟家屬講，基本上分兩部份，第一部份先在門診抽血，篩選那一部份大概幾千塊，第一部份第一關假如沒過就不用住院作第二部份，第二部份的評估一般來講，我們評估大概五萬塊左右，包括電腦斷層核磁共振，社工照會精神科照會，等等這是完全自費，那這自費的部份假如他後來有進行這樣手術，前提就是受贈者也適合做這樣手術，捐贈者真的有捐贈成功這費用會退還給他，假如因為種種原因不管是受贈者情況不適合作移植手術，或捐贈者評估之後他的情況不適合作捐贈，這一部份費用就是要自費了～

A09：其實包括評估的階段也是，像我們看到譬如像說肝臟的捐贈者，因為他只給付最後你完成就是完成捐贈的那一個評估費用，那有一些比較富裕的家庭他可能就是第一個不行他送第二個來，第二個不行送第三個來，可是如果說相對一些比較經濟上比較緊縮的，他送第一個來他就付了一筆錢，再送第二個來他又付了一筆錢，可能到送第三個他就想說～我沒有錢再～連這個評估的費用，因為評估一個就我們知道就五～六萬，他進來住院出去，他就是～他可能都還不知道他能不能作，他就要先掏五～六萬出來，所以變成說這個在評估的過程的費用，其實對於一些可能經濟上不是這麼好但是他其實有意願家庭，他會產生比較多的考量，而且他最後就是只付實際上作的那一個，

B09：移植所需支出負擔的自費項目費用，對部分經濟狀況不穩的家庭造成經濟負擔及壓力，可連結社會補助資源有限，恐造成社經地位不佳者，因經濟顧慮而未能移植影響生命延續。

三、活體器官移植相關捐贈限制條件的看法意見

本研究歸納訪談成果，對於活體器官移植相關捐贈限制條件的看法意見提出如下七項要點；(1) 法律明確規範使醫療人員可為憑據依循處理；(2) 對於肝臟及腎臟的移植條件需有不同的價值思維；(3) 醫療技術的進步已使過去捐贈器官受限條件產生變革；(4) 國情文化差異導致器官捐贈發展各有差異；(5) 持續提昇醫療專業倫理落實人權保障；(6) 建立正確的器官捐贈社會觀念；(7) 開放限制必須考量社會正義及社會共識。以下將就其重要訪談歸納分析彙整：

(1)「法律明確規範使醫療人員可為憑據依循處理」

本研究歸納訪談成果，專家認為活體器官移植的相關法律限制，使醫療人員可以有一個明確規範的準則，使具有社會潛在價值衝突的器官移植可以有所憑據依循進行處理。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A03：既然法律這樣規定，我們就照這樣處理，不會困擾，像以前還有學生想要捐給老師的也有，但是那些都是不可以的，親等限制這個設計，應該說他至少可以篩掉一些有心的人

C07：限制五等親對我們來講很好做事情，我們不用去考慮說~譬如說太遠親之間的對價關係，我們不用去掙扎說到底要不要去幫他換這樣，那如果說不能防堵或者是提不出什麼有效的措施，那可能不要開放還是會比較好一點，對!!碰到的問題會比較少，開放可能問題會更大，而且醫師也沒有辦法處理

C08：我覺得要讓醫師當一個仲裁者角色你必須要有一個明文的法律，當醫師的後台，你可以~醫師可以很簡單很容易的就說我這樣做的話，會抵觸某一條法律，就像我們剛剛講的你如果知道他有對價關係的話，那法律有明文規定雙造兩造之間不能有對價關係，我們就可以把這個拿出來當作一個很冠冕堂皇的理由，對不起我不能這樣，但是法律目前沒有這種法，沒

有定這種法律?而且更何況他就算是真的有對價關係的話，他不會在你醫師面前承認啊，這種其他人都不可能知道，難道我們不知道的東西就是不存在的事實?不是這個樣子的，

(2) 對於肝臟及腎臟的移植條件需有不同的價值思維

本研究歸納訪談成果，專家認為活體器官移植的限制，由於肝臟衰竭及腎臟衰竭對生命維繫的影響或需求迫性差異極大重，所以要性對於肝臟及腎臟的移植條件採取較為不同的價值思維。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B10：其實我覺得已經是變成五親等已經夠寬鬆了，因為那個活體器官移植在肝臟方面我覺得從倫理的看法是~意義不太大，因為肝臟他本身如果說衰竭的話，移植的話這個可能是唯一的方法，所以這個是在搶救生命的過程，但是如果是腎臟的話，我的看法就變那個，因為腎臟移植以現在的科技，他洗腎的話，他大概就是生活品質比較差一點，或CAPD只要他願意學然後也操作的很好的話，當然心理上的障礙比較嚴重，其實還是可以再很好的照顧之下，不會危急生命。

B10：那這樣子的話的活體器官移植其實很多倫理學家的看法是覺得說，他們並不是很贊同，鼓勵活體器官移植，因為活體器官究竟喔，我們對器官還是會留一些買賣啊，或者是有一些壓力喔，受贈者跟捐贈者之間有一些關係上有一些壓力，那如果可以用~你的腎臟壞掉，可以用其他的醫療的方法，讓你的生命還可以持續下去，那需不需要作移植，哪就需要很多考量，因為兩個腎臟的一個~我們的生命本來也就是有他的意義，如果說一個腎臟捐給你，他只剩下一個腎臟的時候，將來也許他也需要人家捐贈，

B10：那至於那個肝臟的話，我是覺得放寬成五等親已經差不多夠了，應該是夠了，應該就滿足夠他使用，如果說他五等親裡面都沒有辦法找到捐贈者，其他地方其他的捐贈者，可能還是覺得在那個情感上會覺得很大的負擔，

(3) 醫療技術的進步已使過去捐贈器官受限條件產生變革

本研究歸納訪談成果，專家認為活體器官移植由於近年抗排斥

藥物及醫療技術的進步已使過去組織配對等捐贈器官受限條件產生結構性變革，只要有捐贈者願意提供器官則手術大部分都有機會進行。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A03：恩～不同的血型或是不相容的血型是需要很多的克服，特別的處理才能夠執行這樣的移植手術，那它的限制只是說在你必須要花更多的錢，花更多的精力可能有更多的合併症等等，可以完成這個手術，但是並不是說跟一般的手術一樣，還是有一些限制，

C09：現在的確是如此，以前的話可能說譬如說他的那個，因為血管或是膽管的變異性導致這個捐贈的肝臟體積並不夠，那可以實施像北榮的一個養肝的計畫，或者是甚至像韓國或是怎麼像他可以雙重捐贈，可以取兩個人這樣子去做，原本一個人不夠但是你就取兩個人，這樣子合中在一個上面，所以技術上面都有進步，包含以前認為這個比較不好去分那個血管的話，或膽管的話可不可以藉著事先的一個評估的儀器啊，可以更明瞭，可以更精確的切除有這樣子，所以按照技術來講的話，一個發展這因為那個條件不符合，真的因為檢驗條件不符合不能夠做捐贈的其實越來越少，但是那種壓力的這種東西的話佔的比例當然就會~並不是說他增多，不過比例應該是會變大，

B01：組織配對不符曾經是問題，但目前抗排斥藥已相當進步，此問題已不再是困擾，受贈者原先造成器官衰竭的原因是否已經消失?或已可控制?

B02：應該朝再生醫學的方向發展，希望將來可以自體捐贈

(4) 國情文化差異導致器官捐贈發展各有差異

本研究歸納訪談成果，專家認為由於國情文化差異，導致活體器官移植在各國的器官捐贈情形與發展各有其特色與差異。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：現在其實器官移植台灣活體器官移植我們還是有血親的限制，像有的國家是朋友就可以了，

A02：美國不用！美國活體腎贈移植朋友就可以了，

A06：開放五等親增加實在是有限，這後面其實會討論到這牽涉到國情，因為像韓國！他們民族性很剝悍，他們都不怕死，韓國他們一年一間醫院可以作四百個，全台灣一年都不到兩百個，他一間醫院可以作四百個，他做

比我們晚，所以這個沒辦法，韓國只要醫院倫理委員通過了，所以像韓國的話～十六歲！他在國際學會報十六歲他捐贈是合法，他沒有說未成年不能捐，十六歲他捐贈是合法，然後朋友捐贈也可以，只要倫理委員會通過就可以了。韓國現在還有兩個捐贈者給一個，他現在做很多！全世界作最多的，他這次在巴黎報一千例！我們作了十年才作兩百個，他五年就報了一千多例，一千四百例。

A06：其實韓國喔～他們大部份還是一等兩等捐贈的，雖然那麼多但是大部份～朋友的那個還算少，日本也是，雖然他們捐很多，他們那個肝臟肺臟幾乎都是至親，一等親在捐，

(5) 持續提昇醫療專業倫理落實人權保障

本研究歸納訪談成果，專家認為活體器官移植會影響到捐受贈者切身重大的生命權利，所以醫療相關人員都必須能持續的提昇醫療專業倫理以落實人權的保障。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B10：倫理委員會不是～不是倫理委員會來限制而是說討論這個的時候要有倫理的考量，倫理這個東西也不是只有倫理委員會的人的專利，每個人醫學教育裡面每個醫師都要接受倫理教育，甚至倫理是他們必要的素養，那所以說醫師之間就應該把他們倫理觀念拿出來討論，而不是只有倫理的人才講倫理的事情，應該不是這樣子講的，那在衛生署這些討論這些器官捐贈這些法律裡面，主要考慮的還是倫理，醫療的層面我們已經很確定很清楚，所以討論的空間就不是那麼大了，那所以倫理才是一塊需要討論的地方，在不同的領域他有不同的考量，那倫理的考量倫理專家他是從倫理的一個學術跟理論來考量，但是也不見得都只有倫理專家的考量，每一個人應該有倫理的考量，所以並不會說倫理的機制不夠就會失去倫理，那一個有人文社會的地方自然就會有倫理的考量，不是只有倫理專家才會考量，所以我並不會覺得說倫理委員會的機制要發揮才能夠考量，而是說在整個生命的尊嚴和醫學教育裡面，這點如果沒有做的很好的話，那可能才是一個問題。

B10：我覺得說如果前面在其他的討論裡面都有把倫理拿出來作考量，倫理委員會當然就不會有太大的爭議，也不是說倫理委員會通過的比例低的話就比表示倫理委員會沒有功能，而是前面做的太好了，所以後面倫理委員會他並沒有跟前面的意見有很大的相左右，應該是說前面的討論就已經有顧慮到。

B10：我不認為說倫理委員會是一個執掌要發揮的很好才能去讓事情有倫

理，我的看法是說倫理應該深入每一個階層，所以在第一階層第二階層討論的時候就應該討論倫理，不應該說我們現在全部都討論醫學喔，大家都贊成然後再來倫理委員會來跟你把關說喔你這個不符合倫理所以不同意那倫理委員會只是一個~一個等於說是check的，這個check說確實你們在倫理的看法是一致的，那如果說前面全部都討論的很多倫理很多在醫院裡面那個移植小組就已經reject很多case了，倫理委員會就沒有什麼太多事情需要做了，因為他們在他們階層就已經把這些問題處理的很好了，那也不見得說倫理委員會就像一個橡皮圖章，所以說等於說倫理的問題是要深入每個角落，而不是只是倫理委員會在把關，

B10：倫理委員會如果功能很大的話就是有他的缺點，因為如果在最後再來從倫理的~，我是希望每個做移植的醫生他就做的很好，我覺得專業自主也包括了倫理這樣子，我們期待怎麼樣的倫理委員會才能夠有這樣的健全的把關，在每個專業裡面就應該有的，倫理委員會大致制定一些細節，譬如說大致的一個情形，然後只是說所有的決策都在倫理委員會裡面進行，他制定指導方針。

B10：我想醫療本身他的目的不是指是防止死亡而已，醫療還有很多更多的目的，身心靈都是醫療的範圍，那捐贈者不是只有死亡才有損失，還有其他的損失，那這些都是醫療應該去探討的，我們所要照顧的層面絕對不是立即死亡的，那當然如果你不去涉及這些就變得方便多，那但是社會給你的責任不是讓你當個操作員，社會要求的是一個倫理考量的，那所以說倫理委員會能夠做的事情，其實沒有那麼的大，那倫理委員會只是在幫助醫師作倫理的思考，但是不是~重點不是來規範醫師的倫理思考，而是幫助醫師能夠思考。

(6) 建立社會正確的器官捐贈觀念

本研究歸納訪談成果，專家認為針對未來活體器官移植的發展，應該要先努力透過各種管道宣導，提供相關有實效的資訊，以建立國人正確的器官捐贈觀念。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B03：1. 針對國內活體移植的發展，應該注重教育民眾了解移植的正確訊息以及加強維護身體自主權的觀念，讓國人了解在不對等關係的狀況下，如何維護自己的身體決定權。2. 勿過度宣導活體移植的效果，因容易導致捐、受雙方的過高、錯誤期待。3. 應有捐贈者的術後關懷機制，以避免捐贈者在術後有被醫護人員忘記或忽視的感覺。

B06：因國內器官短缺，活體器官移植雖有其發展性，但仍侷限於國人之民

情風俗。其實這也和器官捐贈的風氣不盛行有關，建議還是要從器官捐贈的宣導著手，讓一般民眾能更了解器官的捐贈與移植。

B07：透過宗教團體鼓吹，國中小課程納入。

(7) 開放限制必須考量社會正義及社會共識

本研究歸納訪談成果，專家認為活體器官移植相關限制的開放，必須充分顧慮考量社會正義的問題及凝聚足夠之社會共識。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

C09：不過如果純粹從移植科的醫師來看，一個人是很希望能看到放寬這個限制，因為這樣子的話勢必可以，因為很多人在等待器官的過程中就凋零了，他等不到器官，如果你這個開放的話，當然我們的來源會增加更多，對於一個移植外科移植科的醫師來講，是很樂於去見到這個情形，但是就像剛剛才講的如果這是以移植科的醫師的觀點來看，但是如果你以廣大的一個整體來看的話，其實如果要開放的話，會有很多單面就是以會牽涉到所以一個買賣的行為，會變成你有錢你才可以治病，你有錢什麼病都可以治，你沒有錢你就淪為到去賣器官，甚至來講這會增加所謂的一個成本，因為到時候可以換肝可以移植的病人大量增加，你在健保的支出率一個整體，因為目前還是以一個有限的資源，你當移植的人數大量增加的時候，你是不是會壓縮到其他一個資源，這都是可能要考慮的整體一個討論，所以這個要不要放寬的話，會有不同的人會有不同的意見，你如果單獨問我們的意見，當然很多人跟你講說我們希望能放寬，家屬病患尤其他們那一些等待的，等器官的人，他們家屬更是舉雙手贊成，但是對於其他人來講可能未必是如此這麼希望。

四、未來推動落實活體器官移植可行之相關建議

本研究歸納訪談成果，對於未來推動落實活體器官移植可行之相關建議提出如下十項重點；(1) 目前活體捐贈五親等條件限制合宜適當；(2) 反對開放親等限制，基於文化因素開放將導致買賣問題嚴重；(3) 加強器官捐贈者的事前評估及術後後續健康照護；(4) 對法律

規範內容及適用條件應做補充解釋或修訂；(5) 建議仿效西方國家加強防止買賣機制，打破活體捐贈的親屬限制，透過成立相關醫療審議委員會，處理特殊個案；(6) 條件性開放親等限制，許可透過配對交換機制進行腎臟移植；(7) 增加相關配對術前身體檢查、移植後每年健康檢查追蹤、營養補助等經費可提高捐贈意願；(8) 增加健保給付費用，可提高醫院手術意願；(9) 納入醫療機構評鑑項目，促進醫院重視活體器官移植發展；(10) 應先發展強化國人屍捐觀念，社會普遍有健康捐贈觀念後，再經由社會共識逐漸開放活體捐贈限制。以下將就其重要訪談歸納分析彙整：

(1) 「目前活體捐贈五親等條件限制合宜適當」

本研究歸納訪談成果，多位活體器官移植專家認為目前活體捐贈五親等條件限制合宜適當，限制條件不需要進一步的放寬。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A03：我自己的意見是不需要再放寬了，

A09：就說其實我們在談時候有發現說，到四～五親等之後，他的那個情感關係其實是～以現在的社會來說啦，現在四～五親等其實情感關係真的還蠻～就會開始淡薄了，就是說因為其實他～其實當初為什麼會設這個親等，也是希望說因為你至少有一個情感的基礎，比較不會有買賣的狀況，那如果說到四～五親等，到目前談的狀況都可能已經蠻淡薄了，那在遠的其實你就大概可以想像就是他們的關係其實是～平常是蠻疏離的，那～這種狀態要來捐我們就會很擔心他一些私底下的交易，但是其實也是兩難，就是說像之前我剛才提到的說那個號稱小朋友的爸爸，他可能就是說他實際上的關係是很強的，但是他不是他生父，但是我只能說在那個天平上，就是說那個案子是很少數的，對！就是會篩掉一些本來可能想法不是很純

正的人，就是可以先把他卡掉這樣

B01：為杜絕器官買賣，或對捐贈者不當之親情壓力，目前人體器官移植條例中各種限制是必須的。目前的程序及審查方式已兼顧醫學、倫理、家庭社會及法律各層面作完善的考量，重點在於如何落實。

B02：基本上同意其原則。

B04：1. 活體器官移植涉及十分複雜的倫理思維與困境，每一個做器官移植的病人，除了醫學的檢查還有心理上的檢查及心理評估。依目前人體器官移植條例，是符合現況。

C02：活體移植與捐贈應是人類極良善之表現，仍應被法律與倫理來規範；應將全台灣統一設定標準流程，執行一致。

C01：關於人民之權利義務須以法律定之，為中央法規標準法第5條第2款所明定，因而，未修法前，仍應依人體器官移植條例執行之。

C01：依人體器官之移植條例第8條4項及第12條之規定均以「無償捐贈」之方式為之，且自願捐贈器官仍應提經醫學倫理委員會審理通過，而審查之事項，依同條例施行細則7.8條均有規範，此立法目的亦係避免「道德危險」「器官買賣」之情事發生，此項限制應甚妥當。

(2) 反對開放親等限制，基於文化因素開放將導致買賣問題嚴重

本研究歸納訪談成果，許多專家基於文化因素考量反對開放親等限制，認為如將限制進一步開放將導致器官買賣問題嚴重，有錢的人會透過各種管道或辦法來獲得器官，而原來親屬良善的捐贈美意也將受到打擊。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A03：那其實五親等，一個人的五親等如果說以腎臟，腎臟一定要血親才可以，姻親不可以，血親五親等大概可以找到二十五，平均一個人可以找到二十八個，二十八個就是親屬，那如果你在這二十八個裡面都沒有人願意捐給你的話，你要再去找更遠的親戚朋友的話，真的是有點困難，不過在美國當然是有所謂的就是朋友，就是完全沒有親屬關係的，有些醫院是認為可以，美國沒有特別規定，所以說當然朋友可以，不過那個就很容易牽涉到器官的買賣，而且事實上也是蠻盛行的，

A07：剛才我有講說，親等你不限的時候你會發現，其實非親等的人沒有人要來捐，除非你有買賣！所以這要先討論，要不要放寬這個限制，有沒有必要限制親等，因為這樣就沒有意義了，

B03：依目前的限制，其實私底下是否有利益交換或不對等關係的壓迫，已經非常難評估，如果再放寬條件，那麼可能產生許多上對下、富對貧、強

勢對弱勢的不對等關係問題，因此親等與買賣的限制不應該取消。

B05：你真的很難在那麼短暫的時間去蒐集足夠的證據來證實他們兩個人的關係是怎麼的人，所以用親等來限制是最簡單的方法，親等的限制大家沒有什麼好argue的，所以放寬到五親等的結果我們也是看到沒有多少人捐贈啊，這些有捐贈的都是有一點問題的，我不敢說百分之百都有問題，多多少少都有問題，而且大家照而不宣，沒有人會去講，醫師就是這樣子不會去講這個事情，反正你有case要作，你又合法我就給你做，所以才會變成說，你最好全放寬反正我只是負責作病人，我是執行我的高超的那個~但是我覺得事後的那個紛爭，是醫師們都避免都應該去避免，因為法律的認定放寬造成的一個台灣的亂象，或造成的一個有錢人能活，沒錢人就都要死，這樣子的一個社會不公義的現象，我覺得是不對的，所以我才開宗明義說，台灣不可行的理由是台灣人的守法精神沒有，如果台灣的文化水準提升，也許可以再談，但是到目前為止我不認為現在台灣適合這一塊，因為台灣這個真的文化水平差太多了，那如果說你到後面你的水準的時候，因為你說美國也沒有器官買賣，我相信也有！我相信絕對有！但是總是他的數目是~他的比例是比台灣少太多，台灣如果開放結果絕對一塌糊塗。

B10：我是覺得說如果說放寬到朋友，那朋友的關係更難界定，你很難有規範，事實上沒有金錢的交易也很難去界定之間有沒有什麼金錢的交易，如果是以腎臟來說那是更萬萬不可，因為在國外已經有太多例子了，這個器官買賣的問題，比較有錢的人去窮苦的國家裡面去進行大量器官買賣，很多像~譬如說我在倫理學界裡面看到菲律賓一個窮苦的村子，小孩子長大12歲以上就很可能被爸爸媽媽賣掉一個腎臟，那像這樣的事情我們覺得說不可能杜絕，所以說放寬親等尤其是到朋友我覺得是~比較有道德上疑慮，那另一個問題就是說，還是有人認為說器官衰竭的就是應該接受死亡，有這個觀念，以前沒有這種移植之後，那個生命就是在這個情況之下就是應該就要結束，那現在呢~器官衰竭的原因很多，有些人為造成的，那當然有些是先天的疾病我們也很同情這樣的個案，當然但是如果器官衰竭太放寬的話，將來這個人為之間的關係，還有那個器官買賣真的很難去阻止。

C03：五親等限制太寬，一定有利益交換的情形。

C04：目前之五親等限制，仍應被規範，避免買賣器官而影響人權，臨床上會更不易受倫理規範。本人認為活體移植仍應有倫理及規定來規範，才能有人類之最高上之道德；執行醫療之人員應被規範與倫理道德養成。

C06：是沒有錯，會有很多困難，但是你如果一旦開始開放，就真的需要器官的人，真的會很積極去找，現在有一個五等親的在那裡限制，我如果真的需要器官我五等親戚找一找，真的沒辦法找到大部分人~需要器官的人會打消唸頭，但是你一旦取消，以台灣這社會我認為一定會想盡辦法去找到適合的願意捐贈的人。

(3) 加強器官捐贈者的事前評估及術後後續健康照護

本研究歸納訪談成果，有些專家建議活體器官移植應加強器官捐贈者的事前評估及術後後續健康照護。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B04：手術前有心理諮詢提供的服務，器官移植後的適應—提供心理及精神醫療的幫助。

B08：捐贈家屬須先經過心理狀態評估，或家族晤談(由專業諮商心理師進行)，期望能符合倫理的公平正義原則；要有嚴格規範。目前的條件是恰當的，不可再放寬，且須審慎評估捐與受贈者之間的互動、關係及後續追蹤。

B09：各醫院能落實生理及社會心理審查機制，以確保維護捐贈者的權益。

B08：限定在五等親內是可以免除買賣器官的倫理問題，但需注意捐贈家屬的自主意願，避免家族的龐大期待壓力，造成「被迫」的捐贈情形。

C04：因應台灣目前器官衰竭之個案多，而面對器官捐贈之短缺，嚴重之“患寡而患不均”，相信未來活體移植個案會更明顯增多，由於世界移植技術進步，活體移植之發展應被法律規範下，推廣及保護捐贈者之各項細節，更應被討論，醫療人員更應有一套完善之流程是重要的。

(4) 對法律規範內容及適用條件應做補充解釋或修訂

本研究歸納訪談成果，需多專家認為政府應對相關活體器官捐贈的法律規範內容及適用條件應做適時的補充解釋或修訂。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B09：可再討論針對不具行為能力者，法定代理權或捐贈可行性。建議如為成年具行為人，最近親屬一人同意即可。法令設定應涵蓋可活體移植臟器項目(肝臟、腎臟)，目前不應針對特殊項目(如：現行法令第八條—肝臟)

C04：收養而建立之關係，應立法來規範。

C02：面對器官短缺問題，等待器官個案愈多，活體移植個案日益增多，政府應重視此問題，以一套完善規範來制訂原則。

(5) 建議仿效西方國家加強防止買賣機制，打破活體捐贈的親屬限制，透過成立相關醫療審議委員會，處理特殊個案。

本研究歸納訪談成果，發現建議仿效西方國家加強防止買賣機制，打破活體捐贈的親屬限制，透過成立相關醫療審議委員會，處理特殊個案。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

B07: 加強買賣限制可參考已在施行國家, 且應限定五等親家屬中無合適者。

B09: 不建議全面開放親等關係, 但如有特殊捐贈事項可設置專案審查機制。

C07: 其實很多國家都是沒有親等限制, 其實我們現在這邊討論也都是去猜如果我國沒有親等限制之後, 會發生什麼情況, 其實已經有這麼多國家在做這麼多年, 難道沒有他們國家面臨的到的問題, 或者是他們針對這個問題來防止, 我想一定是有的, 我想就算在美國也都會發生過有器官買賣, 然後他們有做這個措施去防止, 當然國情不同, 不過如果我們可以知道他們發生過哪些事, 然後作哪些措施, 讓我們來參考改善, 放到我們國情, 我們大概就可以了解說這個到底適不適合, 因為畢竟不只美國, 其實很多國家都曾經有親屬限制。

(6) 條件性開放親等限制，許可透過配對交換機制進行腎臟移植

本研究歸納訪談成果，專家建議未來可以在有條件限制下開放親等限制，許可有親屬願意捐贈腎臟但與受贈者配對條件不合者可以透過配對交換機制進行兩組以上捐贈受贈者間的腎臟交換移植。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01: 配對交換這種方式也可以~韓國~美國可以! 韓國好像也有, 台灣目前還沒有, 配對交換我們現在還沒有, 交換配對我覺得是問題比較小啦, 因該這個會反對的人比較少, 因為交換者是說~有時候血型不合或是配對不合這樣交換, 我覺得交換捐贈這個倒是目前不會有人反對, 交換是說A

給B，B給C，C給A那種，我想這個應該是可以執行的，只要政府有錢就可以，我覺得推這個比較沒有爭議，這個跟現在的～只是政府出來當仲介，那也不會去影響到現在的捐贈制度，這問題是比較小，

A01：這個交換機制要公權力介入，血型～交換配對肝腎都有可能，因為血型現在問題不大，應該是要，如果要進行的話應該要有一個交換機制，我想最後會～還是會落到登錄中心去處理，因為透過中心，這個交換捐贈喔，在現階段是可能實施的，如果有什麼問題，台灣還是個小國家，就是說資料不夠大，比方美國的話就比較有意義，

A02：西班牙是有檢察官介入，他們連死屍都有檢察官介入很積極介入，因為他死亡診斷書是檢察官認定的，腦死是檢察官不是醫師認定，醫師通知他，檢察官主動讓你判腦死，更積極；可是最主要是我們～我們是大陸法，依規定來，你沒規定就沒有寬鬆，不可以討論，

A03：這種當然可以，其實當然首先在這個前提就是說你必須有一個要他叫做pair-exchange，就是說兩組人互相交換，那必須要兩個人的都有自己的家屬願意捐贈，但是他因為捐贈又因為其他血型的不符合，還是怎樣的一個原因，他沒辦法作這樣的手術，才可以互相交換，那～所以說這樣的問題其實是不大，那～但是這樣子是可行的但是原則是可行的，但目前是親等這個限制，所以台灣目前這個樣是不合法的

C06：事實上現在有移植登錄中心，你可以在他之下～北中南各設一個獨立的機構，那譬如說○○醫院我們○○醫院，那活體的限制不管你要不要開放，你有活體的捐贈，那我們醫師們先審議OK，在醫療方面他是可以捐贈的，然後在送到這個獨立的審議機構裡，他也ok了，他調查完，這個倫理上面，那等等這個都ok了，然後回函給我們，然後我們就可以進行幫他作活體的器官捐贈，這樣子的一個流程應該是比較合理，那對於我們醫師也不用承受那麼多的問題，也比較單純化，對我們醫師的這個工作來講，

F01：交換配對機制在腎臟，在美國是如火如荼是做的不錯，不過我老實講我有一點擔心，我很擔心是～因為是血型的關係，他血型如果說這個他另外家屬是O型是不是A型血型不對他就cross了，那這樣這邊就會在，好像後來他們這兩家就好像變成cross，好像有這麼好的一個outcome，那個裡邊有沒有想到過失敗的結果是什麼那個issue很重要唷，今天好！我cross給你，結果你的成功，本來那個應該給我的那個失敗成功我不曉得但是至少我給你成功，你給我的失敗啊，我鼻子摸著認了，我心理都還是

在幹!所以這樣一個情形之下，他的成功率是要百分之九十九，他到百分之九十九以上的成功率的時候，那時候來作這樣的一個~才會減少他的損失，所以在腎臟是可行的，在肝臟是危險的，肝臟你的成功率再怎麼弄，九十就已經不錯了，我們要講一句公道話九十一，九十二就已經不錯了，那有八到十%的空間是failure的結果，failure的結果會造成的那個是不一樣的，所以活體是不是可以這樣子的一個互換在腎臟我覺得應該可行，在肝臟是不可行，

(7) 增加相關配對術前身體檢查、移植後每年健康檢查追蹤、營養補助等經費可提高捐贈意願

本研究歸納訪談成果，多位專家建議未來對於活體器官捐贈者可以增加相關配對術前身體檢查、移植後每年健康檢查追蹤、營養補助、成立照護基金或保險等方式提高捐贈意願。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

C03：目前活體器官移植的安全性頗高，活體器官移植可以解決部分的醫療問題，可以降低整個社會的醫療成本，應該在整個社會的法律倫理規範下，加以推廣、鼓勵的辦法。例如：1. 賦稅的減免 2. 當次手術費用的補助 3. 考慮設置活體器官移植保險，主要目的是涵蓋當次移植手術的醫療風險。

C06：我是覺得捐贈，如果是活體捐贈!你屍體捐贈全部捐出來可以至少有那麼多錢，十幾到數十都有可能，因為他會有三種來源，加起來會有那麼多錢，那我個人覺得捐贈者不管是五等親以內的或者你以後要開放的，那~不是~是不一定要有一筆錢給這個捐贈者，但是要有一個基金，這個基金是國家成立的一個基金去追蹤這些捐贈者以後的身體，

C06：對!但是是不是真的要給捐贈的人一筆錢，一筆營養費我是比較保留態度，我覺得不一定要給，但是你要給一個身分，這個身分也許他在這邊上面~譬如說你免稅，作哪些比較特殊的身分或者他在就醫上面類似勞健保不用付那麼多錢，可以有一個比較特別的身分，他享有特別的社會的福利，我是比較建議這個樣子，但是不一定要很名目的~就是我給你一筆的營養費等等的，

C07：另外就是說屍肝的~屍體的器官的捐贈當然一方面就是需要宣導，另外是不是說可以~如果說可以提高補助，如果可以提高補助的話也許這樣

的意願會更高，

C08：我是覺得不管是站在某一種角度，譬如說器官缺乏，需要勸募或是基於不管是屍肝的大愛，或者是活體的小愛，這些都是一個愛心的表現，站在這個角度來看，我們都應該大力的去鼓勵他，所以我剛剛~我很同意○醫師他的講法，我們不要用真正的金錢去補助他，這樣流於銅臭而且容易有這種買賣的行為，就是說不管是屍肝的捐贈，或是~每次都說屍肝，就屍體的捐贈，或是活體的捐贈，這些都是一種人類高尚情操一種愛心的表現，事實上都應該要鼓勵的，事實上可以透過健保系統或是透過國家的一些基金系統，對於這種有捐贈者事實上我們可以給他一個mark，給他一個獎章啊，或是給他一個什麼東西，以後他就是一個榮譽的象徵，他走出走到外面去，喔！他是一個捐器官的捐贈者，對於社會的風氣也會有加強的這種效果，這種與其一天到晚在電視上這樣講，不如我們行之於事實，讓大家都看到，適度的也給他一些好處，譬如說國家保障他每一年給他作多少的健檢，然後適度的給他一些福利，就像○醫師講的，我們是不是可以他(捐贈者)開車，有特別的他可以使用殘障的停車費，或是他的這些駕照或是什麼這些染料稅什麼稅都可以減免，這也是國家對他個人的一個尊重，也是在推動整個社會的風氣，我是覺得這個是可行的。

C09：其實我覺得制度是漸進的，這個風氣，其實剛才講到捐血時候我想到，以前的時候喔~捐血的話剛開始的時候是買血，那以前的時候我有捐過血，那時候會促成第一次捐血是什麼？他那時候血庫比較那個~血液來源比較少，所以如果你有捐血你也知道可以憑著~如果你有需要要用的時候，你可以憑著你捐血卡，捐血的紀錄，你可以優先取得，優先取得你的數量，譬如說你捐了二十次~二十袋，到時候你有需要的時候你可以那個，你可以優先領二十袋的一個權力，這是一個鼓勵的，那當然到現在的話，已經沒有這個制度了，現在的話基本上就是因為大家風氣已經形成了，比較少人有血液稀少來源不足，那器官可能剛開始的時候譬如說一次直接跳著那個風氣，因該是不太可能，所以他可能是漸進式的，頭先可能是有價的，就是類似買血這樣，你要買賣器官，然後之後的話變成你用互助的觀念，你有捐贈出來我當然可以優先使用，如果當我有需要的時候，我也可以優先獲得這樣，等到最後蔚為風氣以後才有辦法進到所謂的沒有所謂買賣啊，對價那些關係，這種才是~不過這種模式應該是個理想的世界，我想如果從其他的行為這樣看，是~鼓勵是很好，是沒有錯，但是能不能達到一個我想這是一個理想，另外的話，剛才講的沒有錯，他其實你拿到一個器官，他並沒有說增加你罹病的機會，但是畢竟來講的話，現在所有的手術我們都一直在講這是一個侵襲性的手術，其實你拿掉我說的潛在性，他可能會那個，當然你如果得到糖尿病，獲得B型肝炎來講的話，你有一顆肝臟或是還有半顆肝臟其實得B型肝炎你要造成肝衰竭都是一樣的，那你有糖尿病你兩顆腎跟一顆腎其實也一樣，沒有什麼差別，不過有時候畢竟

他是一個機會問題，譬如說好了~如果你是因為車禍受傷，你只有兩顆腎跟一顆腎，你剛好剩下那顆腎又撞到，那老實說你的機會就是比人家危險，危險機會比較大，這一定有的!甚至來講手術會產生他一些後遺症，你開腹腔的手術以後他會造成沾黏以後比較容易產生其他的方面的問題，這都是可能需要後續的一個醫療的協助，所以這個來講的話，這老實說可能會是一個很大的，很大的一個考量。

(8) 增加健保給付費用，可提高醫院手術意願

本研究歸納訪談成果，多位專家建議未來對於活體器官手術可以透過增加健保給付費用，來提高醫院支持推動相關手術，及相關醫療人員的參與意願。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

C08：我想事實上對醫師比較衝擊大的，就是因為我們現在大部分大多數的大醫院都已經變成說 total burget，就是總額給付，那移植這一塊又是佔醫院蠻大的一塊，所以他會有這種排擠的現象，那如果是說健保局沒有把這一塊把他獨立出來的話，那基本上醫院他是不會那麼積極的去推這一塊，還好就是說健保局現在是把這一塊把他獨立出來，他不是醫院的總額給付，所以醫院還蠻願意推這一塊，因為作的多的話，醫院等於是多了一塊額外的財補，那至於何先生你剛剛講的就是，好像前一陣子健保局把手術費把他抬高了，那提高之後我是覺得~我是不知道腎臟移植是怎樣，就肝臟來講那肝臟移植比較複雜，然後一個肝臟移植下來可能就要十幾個小時，那個絕對不是一個人或兩個人能夠完成的，通常都要像我們醫院譬如三人，三個主治醫師就必須要輪流上去，然後搞要搞一天，所以手術這樣子下來的話，三個人均分是覺得還算合理，還算合理，

C07：其實這樣調是對醫師是有幫助的，但是就醫院的政策來講其實移植也是一個大方向，

C08：現在好像喔，我們現在分科分的那麼細，但是能夠真正的靠移植活下來的醫師，就是他的收入只靠移植，大概只有○○的才有辦法這樣子，

C08：可能像其他醫院的話，我們知道的都還要加減再作一些其他的，沒有辦法把我們全部的精力全部放在移植，因為最近人沒有那麼多，那作的話都只是一個宣示的作用，告訴其他醫院我們醫院可以做某種程度的移植這樣子，可以吸引更多的病患過來，大概是這樣子，

(9) 納入醫療機構評鑑項目，促進醫院重視活體器官移植發展

本研究歸納訪談成果，有多位專家建議未來衛政單位可以將器官移植手術納入醫療機構評鑑之重要項目，透過政策性措施來促進醫院重視器官移植的發展及醫療技術的提昇。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

A01：評鑑機制這應該要建立啊，台灣現在活體捐贈，我們好像沒有證照認定，比方說活體捐贈他流程的認定，沒有要求要～就每個醫院的IRB去處理，可是比方說我們那○○○很嚴格，可是其他醫院也許那兩位很濫，除非你做到太離譜，有一天那個IRB受不了開始檢查，在那之前全部都有事，所以有些問題是移植小組本身也沒有～明顯的監督機制，就台灣的活體器官捐贈沒有外部監督，要靠個院那個臨床倫理委員會再檢查，有內部審查機制沒有外部的，

C05：一定有幫助，為了評鑑什麼事都願意，我想醫院只要評鑑有關的一定都是第一優先，所以我不曉得當時為什麼會把這個弄進來，不過我想應該也是可能～有時候也是我們最近這個台灣～你看推行器官捐贈這麼多年了，可是你看這個還是捐的數量並沒有增加，還是一百多個，這麼多人各種方法我想～那當然這個會這麼少有很多原因，當然他把他列入醫院評鑑這等於是把壓力放在醫院，當然醫院就把這壓力放在醫師的身上，就逼著你不得不去作，不得不去鼓吹這個事情，然後不得不去增加你的勸募的數量，那這個器官移植能夠提升，我想數量能夠提升，我想這個是應該是有幫助，應該是有幫助，當然是說他能夠效果能夠達到什麼程度，因為現在他評鑑他也沒有～變成他也不敢定一個數目，譬如說你一定要五例以上或是十例以上才能當醫學中心，他也不敢這樣定，他也希望說你有在作，所以說到底～那有做就很簡單，我只要作一例，所以到底能夠因為這樣的評鑑的項目多這個移植的部分是不是能夠讓移植的數量增加，我想這個也是有限，我相信一定有效果，但是效果一定有限，其實這個如果說整個社會風氣沒有改變，其實再怎麼定也沒有用，像我今天衛生署要求每個醫院一定要給我湊到十個，每年一定要捐出十個，那我們全省那麼多醫院可能只有兩三百個～三四百個以上，那問題是這個到時候真的是會很困擾，因為他絕對不敢定，因為你這種東西不是說我一年定了，人家病人就給你捐啊，我想努力去勸每個病人都去勸他就願意捐出來，我想這個也沒有那個容易，所以他只是說定一個目標讓大家努力去做，我想大家～應該是說定

一個方向，但他不敢定一個標準讓他們去拗一個業績給你~不是這樣子，他不敢去做這樣的要求，當然這是說可能對於~對於這個事情來講醫院是有壓力，那至少可以少掉一部分的因素，那這樣就是說捐的那麼少，移植那麼少的話我們醫院也是很大壓力，有的醫院是不願意做的，那現在是把這因素給去除掉，那剩下是醫師的部分，跟整個社會大眾一些觀念的改變。

C05：對對對對~至少醫院不要再去反對，有的醫院是反對去做這件事情，因為這東西耗時間耗人力耗成本，那有的醫院他本身是反對的，或是不鼓勵的，那這樣有評鑑至少這個因素可以去除掉，那至於說其他因素我想還要再努力，還要再努力。

C09：我想從事情要從不同方面看，應該有幫助，不過也有可能有害處，因為目前來講的話就是說你定這個東西要看你評鑑的項目，如果項目定的不好，可能搞不好是傷害反而比較大，因為其實台灣跟歐美那邊的文化有時候不太一樣是~台灣那種是一個競爭，就是說如果假設說我買一台儀器或是我這邊可以做移植，別家醫院想盡辦法也去買個儀器來這樣做，所以台灣雖然小但是醫學中心非常多，然後那個每家都可以做的那種都差不多，但是每個作的數目都不大，那相對來講比較起來這個經驗值就不夠，這樣子來講只有對病人是一種傷害，就變成我為了要達到我評鑑的一個要求，我是不是拼命去把一些不符合條件的人或是我會一個高度選擇性，就譬如說你的評項目來講跟你的那個~看你的癒後好不好，那這樣就ok，那大家都會選擇病患，你這個病患太濫了，不適合~他適合移植，你只剩移植可以救他命，但是你這種癒後不好不要換，你到別家去換，因為我如果換了你，對我來說我們作了，但是結果我們的~導致我的評鑑不合格，所以這樣子不行，我反而不要，如果你用數目來要求，那我就變成你(病患)還有其他治療方法，你不是~你到目前為止還不需要去做移植這種手術，他們就把你脫進來，好湊數，湊到一年十個以上，所以我覺得這樣子的反而是會有壞處，所以你要把他納入評鑑，他可以減低醫院行政管理方面的一個壓力，那當然是催促醫師去達到更技術更精進或是多鼓勵做這方面，但是其實如果假設你訂的不好，其實反而是一種傷害，不管是對病人對醫師，對整體來講都是一種傷害，那你看像美國他其實來講的話，人家都是層層的節制，人家作的都那幾個中心，這個中心完全作什麼，不管他要做移植，作肝臟移植就都作肝臟移植，他其它的手術來講，他心臟移植他可能另外一個中心，而不會說這個醫師~台灣都是要求說醫師又要做這個又要做那個，就變成我們變成廣但是不精，論數目其實這也是台灣遇到的一個~大部分醫院遇到的瓶頸，我們的病例每家醫院中心，雖然高雄長庚是因為他作~他那個另外，那我們每家的移植中心像那個例子來講，都沒有辦法跟世界上有名的一個中心來專門作，因為為什麼，一年像以肝臟為例好了，一年四五十例就已經是排在全台灣是排行在屬二的，來講的話當然是對美國對其他那種專門在作一年作幾百個，他們一天都排兩三台的一個移植手

術，我們這邊是一個月排一次，一個月排一台，這樣子來講的話，上面就會有差，因為我相信這種都是絕對經驗值，你醫師全部的經歷都放在移植這一方面，跟你的醫師我又要去做行政方面，我又要做去所謂的移植，我又要去所謂的其他手術，這樣子可能會分散醫師的精力，而且在醫師的給付上面也都不好，因為就像之前剛開始有討論到的，說所謂那個，因為在台灣沒有一個專門可以靠移植而生存的醫院，

C09：五育兼備，如果說要分那個的話就不適合拿來作為一個同一的評鑑標準，因為來講的話你可能北中南可能各一兩間的醫學中心做移植而已，你也希望病患送到那邊去，那你如果醫學中心的評鑑是用移植來評鑑的話，那你對其他的醫學中心就不公平，那你政策是叫他們說你其他醫院來做移植中心，那你這個又拿這個東西說你因為你不能做移植所以你不能做醫學中心，這樣對他們也不公平，所以如果假設你要做這樣子其實算是看有沒有配套措施，或是你在訂項目時候你一定要定的很好，如果你訂的不好，雖然避免掉說傷害，但是也等於多定了一個無用的一個評鑑項目而已，如果訂的嚴格一點那可能會造成大家的競爭，然後反而導致一個~整體的一個醫療水準一個下降，然後病人的一個傷害，所以其實這各有時候還真的很微妙，

C09：絕對會有，譬如說你要一年要十個，醫院一定會叫那個捐贈者最多的來，他一定會規定每個醫師可能至少要多少個，因為到時候他會發現其實你去看各家醫院有時候，你會發現有些醫師真的很少，他的病人很少去做捐贈者的，但有些醫師專門會特別多，這就像剛才○醫師講的，

C05：醫師會影響到家屬的態度，

C09：醫師也的確會影響到，因為家屬的都是很多時候都會被講說他不了解這方面，所以他會去尋求所謂的專業的一個諮詢就是說，你那個勸募小組來跟我講，那請問一下你是他的主治醫師那他是不是真的沒機會，那他如果再跟你講說是不是真的沒機會，

(10) 應先發展強化國人屍捐觀念，社會普遍有健康捐贈觀念後，在經由社會共識逐漸開放活體捐贈限制

本研究歸納訪談成果，有多位專家建議未來應先發展強化國人屍捐觀念，當社會普遍有健康開放的捐贈觀念後，在經由社會共識的凝聚逐漸開放活體捐贈限制。以下為焦點團體訪談相關之內容彙整。

- B01：五親等限制須經充分的討論並制定明確的規範後方可考慮放寬。
- B08：因為國內腦死捐贈者過少，所以才會有所謂的活體器官移植，像美國，因為其腦死捐贈者多(美國法律規定：若腦死者不器官捐贈，也需撤除其維生系統)，所以相對的並不需要做到活體移植，畢竟活體移植對捐贈者來說仍是一項風險(只要手術，就一定會有風險存在)，所以，政府應加強器官捐贈、腦死觀念的宣導(由政府舉辦大型活動、請知名明星代言、強力的宣導廣告)，以及立法。
- C06：我想如果放寬當然活體器官捐贈的人比例會增加，但是延伸出來的問題也相對來講，會在台灣這個社會出現，那我個人認為與其在那裡鼓勵活體捐贈放寬然後讓活體捐贈，你花這麼多的精力，不如把這些精力好好來宣導屍體捐贈，因為屍體捐贈量目前還是非常的少，你好好的去鼓勵，你double一年就又多了 一百個，一百個捐贈者，我想把精力先放在這個，如果屍體捐贈已經到了蠻不錯的一個成績了，就真的人數也不錯了，但我們還是缺很多器官的時候，那也許再來考慮放寬，我是覺得屍體捐贈這一部分，爭議性沒那麼大，但是你都沒有作的很好了，那你要去開放一個活體捐贈，那爭議性又更大了，
- B10：事實上我在倫理學界跟倫理學專家他們基本上不太贊成活體器官移植，他們覺得應該推行的應該是那個器官~屍體捐贈，當然屍體捐贈他是在提倡一個人和人之間的利他的一個情懷，就是你自己已經沒有了，也不能用的東西，就留下來給別人用，但是活體器官移植喔，基本上就是有一點殘害人的一個身體的權力，那用任何的形式譬如說，用說我親密的家人這種壓力，或是用說他是一個很重要的生命，那希望你要捐贈讓一個很重要的生命能活，這就代表你的看法，我覺得不是符合公平生命的，人沒有一個責任說要傷害自己去利他，是這一個倫理上的觀點，倫理上的觀點是你有利他，人和人之間一個最好的觀點是有利他的觀點，但是再怎麼樣如果講到說傷害自己身體而去利他，就是說犧牲的一個不是義務，但是我在我的範圍，我的能力之下我去做利他的一個事情，那是高度肯定的事情，那至於這個活體器官移植那就是尤其像腎臟造成個人自己的傷害，因為腎臟為什麼要兩個 一對，腎臟兩個都有他的意義。他的腎臟壞掉，那有醫療的這種方式已經說對腎臟衰竭的人已經是有一些很大的貢獻，那如果因為腎臟衰竭你要想要恢復到正常，跟一般人一樣，那你真的是很期待那個屍體捐贈，因為屍體的話那是等於沒有要利益他人，但是如果期待說人家把他的好好的腎臟一個分給你，我覺得這個在倫理上我們覺得說不是很贊成這樣的，而且我更希望鼓勵大家要保護自己的器官，不要期待器官壞掉的話還有用其他的一些機會由別人~就是用金錢買賣啊！
- B05：我們從美國的資料來看，美國在開始有所謂的活體肝臟移植之後，他的活體肝臟移植很快的衝到一年差不多近千例吧，在美國整個國家的一年，但是現在已經降到兩百例以下，兩百例以下為什麼他一年做五千個肝

臟，但是那個五千個肝臟裡面可能有一千~恩應該是五六千例，有一千例將近是活體的，那如果以這樣的來看的時候，現在這幾年下來，那個活體肝臟移植已經降到兩百例以下，表示什麼？表示他的屍肝是夠的，他屍肝是夠的時候就不用活肝了，為什麼我們不同意說~我的看法認為說活肝的來源不好的理由，一個正常人捐贈一個肝臟，再怎麼樣對他來講都是一個損害，不管他有什麼併發症，其實對他這個健康的個體來講都是不必要的一個負擔，不必要的負擔他可能長期的會存在一個最大的可能性就是腸阻塞，除了說一開始即時的這些併發症，併發症包括可能第一個死亡，一萬個有三十個死亡，一萬個有三十個死亡沒有錯，千分之三的死亡率，死亡喔!!全世界一萬個就有三十個死亡，那在來就是說同樣的併發症，包括出血包括膽汁液漏，包括傷口感染，包括要輸血包括這個膽汁狹窄，血管的狹窄，這些東西都可以造成他以後的這些的那個人生的不順暢，到目前為止，是不是捐的肝臟之後會不會有其他的更奇怪的併發症產生，當然到目前沒有發現，就是說這些跟手術有關的併發症，跟肝臟有關的併發症這個都有，那長期感染是那種腸阻塞，或是疝氣，所以我認為對一個正常的人他要救另外一個病人，他要付出他身體的一部分去接受這麼大的手術，就生命的危險我覺得是要斟酌的，那這樣子的話，所以我很強調屍肝的來源，我們的屍肝來源不夠我不相信，是真的是我們沒有方法，我們的方法~為什麼我們沒有方法，因為我們的國人沒有那種~在即使他有那個概念他還是很難去捐贈器官出來，所以在這裡面我一直認為說屍肝，屍體的捐贈要想辦法去突破，想辦法去突破當然我們號稱是法治國家，所以不應該要用強制的規範，不過這個在一個沒有~在一個法制不成熟，人民文化不成熟的地方不用一點方法是不可能的，在國外在美國的世界他可以這些人是well-except，所以他會去捐贈，當然他們有一個很極端的做法，他不會是說你不捐的話就把你消滅，不會這樣子作，但是在台灣要不要這樣做？台灣我認為應該要這樣子作，因為台灣第一個台灣的健保已經太浮濫了，健保浮濫每年浪費!浪費在什麼?浪費在病人已經死亡，已經腦死的病人，我們再給他繼續的急救，這個所花費的錢，一年估計超過兩百億，這個兩百億可以用來救很多病人，所以我認為應該一個很重要的方法是，要~這個要立法，但是立法以前要有公聽會，公聽會目的就是說讓社會達成共識，腦死就死亡，而不是腦死是器官捐贈的先趨，腦死就等於死亡，所以如果你好! 這個病人他已經判定是腦死了，他的維生的工具不應該再繼續維持下去，除非他要器官捐贈，他要器官捐贈我們就是撐到他器官捐贈為止，不然的話你沒有其他理由就是拔除關掉，關掉以後一年健保可以省下兩百億以上，所以你說腦死判定是真的能夠代表，所以要教育!確實腦死判定有他的死角，這個就要加強也許~好你說一次不夠兩次不夠不然你三次腦死判定，你可以三次腦死判定的結果隔四個小時~四個小時，12個小時的間隔，12個小時三次的腦死判定都已經確定他腦死的話，這個真的死

亡了!要用這個嚴格的基準來讓民眾了解說這個是~這個是沒有意義的行為，每個病人只要是腦死他不簽器官捐贈，不簽署大體解剖就不能用那些東西，這樣才有意義啊，這樣子才有辦法，但是這個東西我一直強調事實上很難去達成社會共識。

綜合上述專家焦點團體研究成果，活體器官移植服務現況部

分，歸納出 1.活體器官移植手術執执行程序依照流程及團隊分工進行；2.活體移植以審慎保守為原則，配合病患及親屬之捐贈決策；3.器官移植小組肩負捐贈者資格審核把關及非自願性捐贈預防的任務；4.活體器官移植手術主要為腎臟及肝臟移植，肺臟尚未實施；5.醫學倫理委員會的審議功能對於捐贈者缺乏實質主動調查權；6.自從放寬五親等內的活體捐贈限制捐贈並無明顯增加，且目前捐贈多數為直系親屬。六項要點。

活體器官移植手術面臨的問題部分，歸納出 1.活體捐贈者的手術傷害及風險是移植手術最大倫理的爭議及的壓力；2.主要活體移植手術推動困難，在於有意願捐贈者的缺乏；3.肝臟移植評估送審時程延誤，影響手術時效，可有更彈性做法；4.立法限定親屬原意防止器官買賣，但親屬間對價關係實不易探究；5.捐贈者評估的困難；6.受贈者身體狀況的惡化導致移植風險增加；7.捐受贈者容易因選擇性認知產生過度期待；8.移植所需支出負擔的自費項目費用，對部分經濟狀況不穩的家庭造成經濟負擔及壓力。八項問題要點。

活體器官移植相關捐贈限制條件的看法意見部分，歸納出 1.法律明確規範使醫療人員可為憑據依循處理；2.對於肝臟及腎臟的移植條件需有不同的價值思維；3.醫療技術的進步已使過去捐贈器官受限條件產生變革；4.國情文化差異導致器官捐贈發展各有差異；5.持續提昇醫療專業倫理落實人權保障；6.建立正確的器官捐贈社會觀念；7.開放限制必須考量社會正義及社會共識。等七項看法及意見。

未來推動落實活體器官移植可行之相關建議部分，歸納出 1.目前活體捐贈五親等條件限制合宜適當；2.反對開放親等限制，基於文化因素開放將導致買賣問題嚴重；3.加強器官捐贈者的事前評估及術後後續健康照護；4.對法律規範內容及適用條件應做補充解釋或修訂；5.建議仿效西方國家加強防止買賣機制，打破活體捐贈的親屬限制，透過成立相關醫療審議委員會，處理特殊個案；6.條件性開放親等限制，許可透過配對交換機制進行腎臟移植；7.增加相關配對術前身體檢查、移植後每年健康檢查追蹤、營養補助等經費可提高捐贈意願；8.增加健保給付費用，可提高醫院手術意願；9.納入醫療機構評鑑項目，促進醫院重視活體器官移植發展；10.應先發展強化國人屍捐觀念，社會普遍有健康捐贈觀念後，再經由社會共識逐漸開放活體捐贈限制。等十項相關建議。

伍、討論

本研究問卷調查部分，主要在探討醫療人員在個人基本特性與器官捐贈暨移植相關經驗等不同情況下，是否會影響醫療人員對於活體器官捐贈法律倫理及實務運用之工作現況。

醫療人員基本特性方面：受訪之醫療人員以女性(83.3%)、年齡26-30歲(41.6%)、教育程度為大學畢業(74.3%)、未婚(64.1%)、信奉一般民間宗教信仰(40.8%)、現任職務為護理師(41.2%)、工作年資10年以上未滿20年(30.2%)為主。

器官捐贈暨移植相關經驗方面：以未曾參與器官捐贈移植團隊(66.5%)、沒有填寫器官捐贈卡(74.7%)、自己或親友不曾是器官受贈者(94.3%)、自己或親友不曾是活體的器官捐贈者(97.6%)、自己或親友不曾是腦死的器官捐贈者(98.0%)、願意捐贈器官(68.6%)居多。

由上可知，在245位受訪的醫療人員中有23.7%有填寫過器官捐贈同意卡，高於國外學者針對美國某大學學生其填寫器官捐贈同意卡之研究(16.40%)(Horton & Horton, 1991)，填寫比例高於國內護理人員18.8%及國內護專學生22.5%(杜素珍、史麗珠、廖美南，2002；史麗珠、劉于綸、黃淑玲，2001)，高於加護病房護理人員9.52-10.2%(劉雪娥、許玲女，1996；黃貴薰等，1999)，亦高於西班牙東南部農村地區民眾7%(Conesa et al.,2006)；但低於瑞典及美國民眾的31-37%(Basu et al.,1989; Scanner,1998)。由此可知，研究對象相較於美國與瑞典民眾，填寫器官捐贈卡比率仍低，但與國內相關研究相較之下，研究對象可能接觸相關資訊較多，因此填寫比率較高。

另外，有參與過器官捐贈暨移植團隊有31.4%，但低於國外學者針對基層醫療工作人員之醫師的54%與護理人員的59%(Ríos et al.,2006)，可能研究對象醫師僅佔14.6%，因此實際參與器官捐贈暨

移植團隊成員較低。

在活體器官捐贈倫理與法律相關方面，研究結果大部分皆持正面看法。Cohen 等人於 2008 年針對醫療專業人員所研究的結果相同，推論為隨著年齡的增加，擁有較高的專業知識之醫療人員對於器官捐贈暨移植及腦死了解程度愈高，其對看法愈偏向正面。

此外，醫療工作年資愈久變項，過去並無相關研究直接顯示會影響其倫理與法律看法，國內外研究學者研究結果顯示愈了解器官捐贈暨移植，不論是關於活體或是屍體捐贈暨移植其器官捐贈暨移植態度愈傾向於正向，亦即與研究結果相似(朱日橋，1992；杜素珍、史麗珠、廖美南，2002；張明蘭，2003；張嘉蘋、葉莉莉、溫敏杰，2002；Conesa et al., 2006; Basu, Hazariwala & Chipman, 1989; Rios et al., 2007a)。

在活體器官捐贈倫理與法律相關方面，以參與器官捐贈暨移植相關工作之變項與整體構面皆呈顯著性差異，此與國內研究結果相似(張嘉蘋、葉莉莉、溫敏杰，2002；Creedy & Wright, 1990)。

本研究焦點團體部分，主要是經由相關專家的角度來探討活體器官移植服務現況、活體器官移植手術面臨的問題、活體器官移植相關捐贈限制條件的看法及意見，以及未來推動落實活體器官移植可行之相關建議。

本研究由活體器官移植服務現況發現到，由於國內活體腎臟移植手術，多數是受贈者與捐贈親屬已做好決定才到醫院要求進行移植手術，因此醫病關係較少發生衝突，而肝臟衰竭病患由於比較有急性衰退的惡化，容易在醫病溝通及知情同意過程中傳出衝突及期待落

差。由於知情同意在於與病患共同分擔醫療之不確定性及結果，良好的醫病溝通及知情同意可以減少醫療法律糾紛級處理醫療爭議，尤其是在捐受贈者都高度期待的活體器官移植過程中更為重要（廖士程等，2005）。研究發現國內幾個主要器官移植醫院都有相當成熟的團隊運作模式，對於活體器官移植手術都有既定分工執执行程序，能有效減少避免活體捐贈導致的醫療糾紛。

本研究由活體器官移植手術面臨的問題分析中亦發現，活體捐贈者手術的傷害性，為整個移植工作帶來許多不確定性的壓力。絕大多數的活體捐贈者是所謂的關係捐贈者，彼此有情感上的關係。這樣的關係一方面能為捐贈行為提供原動力，另一方面又為捐贈行為在倫理上的憂慮帶來難題，他們可能出於自願，也可能不得不忽視捐贈器官所要擔的風險。在法理上，器官移植是醫療某些嚴重疾病的必要方法，但對活體捐贈者的生命及健康卻不免造成些許傷害。其中肝臟活體移植捐贈者所承擔的風險是最高的，手術需由捐贈者身上取出部分肝臟，傷口大難度高，移植術後復原期長且合併症多，但適當的照護捐贈者的健康則可有效的恢復過去的健康；而相對的活體腎臟移植成功率高，合併症少，且對捐贈者沒有顯生理功能的影響，但無法再生的腎臟可能在未來存在較高的健康風險（張淳茜等，2006；林美秀，翁麗雀，2003）。而對於器官移植團隊，經常得面臨專業倫理價值與

法律規定衝突的困局。有學者就針對社工人員所面臨的價值兩難衝突困局進行過討論。依社工專業倫理守則要求，社工人員需要「尊重案主隱私權克盡保密的責任」，但另一方面，人體器官移植條例中卻要求「醫院應將捐贈器官及等待器官移植者之資料通報主管機關」，導致保密義務對上通報的規定的兩難，而有時情形嚴重時更是涉及案主生死存亡與遵守法律規定的衝突，如經常遇到猛暴性肝炎需要緊急處理的肝臟移植手續，又同時要面臨通報審查程序與延遲危及病患生命的情境，尤其當親屬關係是合於法律規範但卻有疑慮的條件下（汪憶伶、謝文心，2005；曾華源、胡慧嫻、郭世豐，2005；蔡甫昌，2005）。由研究討論中就呈現，法律捐贈之親等限制原意為運用親等關係限縮杜絕器官買賣可能，但也考量受贈者權益而放寬在最大容許條件下提供器官受贈機會，但實際層面親屬間亦可能存有對價關係但無從查證，而五等親的寬鬆範圍實際又提供有心者透過法律規範的模糊而達成目的（劉承慶，2003；曾淑瑜，2005；黃三榮，2005）。

對於未來推動落實活體器官移植可行之相關建議，有專家認為我國可以有條件性的開放親等限制，仿效西方許多國家建立活體器官捐贈配對機制，就如北美的加拿大，人口3千多萬，多我們沒有多少，腎臟移植等候者也是有3千多人，2007年總共進行了近1,200例腎臟移植手術，其中大約480來自活體腎臟捐贈者。而最近也是經由血

液服務局 (Canadian Blood Services) 成立了「活體器官捐贈配對交換登記系統」(Living Donor Paired Exchange Registry)，由官方主導進行，預計可以提高 15-20% 的活體捐贈 (CBS, 2009)。

陸、結論與建議

一、結論

總結以上研究結果與討論，本研究提出下列六點研究之結論：

1. **器官移植醫療人員問卷之調查結果：**研究統計結果顯示，醫療相關人員在倫理構面，以「捐贈者的知情同意程序」同意度最高，其次為強調不傷害原則的「捐受贈者不當傷害的避免」，再其次為「尊重社會道德及符合法律規定」的公平正義原則。法律構面，以「正式的捐贈意願表達程序」同意度最高，其次為「保障移植倫理的評估程序」，再其次為對「器官買賣的禁止」。對於實務運用上，器官移植醫療人員對於「嚴格執行知情同意程序」同意度最高；其次為「彈性放寬親等限制，並配合倫理審核機制」；再其次為「鼓勵活體器官捐贈者，可適當的財務補助」。研究進一步以個人基本資料做交叉分析，發現有器官移植實際經驗者對於倫理、法律及實務都有較高同意度情形。

- 2. 活體器官移植面臨捐贈者資格判定及倫理爭議的問題；**本研究顯示，目前實際執行活體移植專家均反應，器官移植團隊成員必須肩負者捐贈者資格審核把關及非自願性捐贈預防的任務，但面對跨國姻親、法訂血親等親屬關係的考證，或是親屬間對價關係，乃至捐贈意願的真實性都存在判定上的困難。對一個健康的個人身體上摘取器官，雖在法律阻卻其違法的保障之下，捐贈者的傷害、手術風險、倫理壓力，仍是相當大的負擔。
- 3. 國內活體器官捐贈以一親等為主，五親等開放後遠親等及捐贈量均並無明顯增加；**研究訪問結果顯示，器官移植條例因應社會輿情修法放寬為五親等限制之後，再比較探究近年國內活體器官捐贈實例，捐贈器官仍以一等親及少數的二等親屬為主，顯示捐贈若以親屬間為規範，則五親等限制確實已符合親屬間捐贈可能意願的寬鬆適當親等。
- 4. 由於醫療技術進步使器官移植供給條件限制大幅降低；**本研究顯示，由於醫療技術進步及抗排斥藥的使用，導致過去組織配對不符的問題，已不再是困擾，技術的發展因為檢驗條件不符合不能夠做捐贈的將越來越少，親屬間活體捐贈意願的有無將會是影響活體器官移植手術的關鍵。

5. 目前活體捐贈五親等條件限制合宜適當；研究結果顯示，專家多數認為活體器官捐贈是人類良善之表現，應本於無償捐贈及自由意志，避免道德危險或對捐贈者有不當之親情壓力，目前的程序及審查方式已兼顧醫學、倫理、家庭社會及法律各層面的考量，使醫療人員有所根據，而不用擔憂考慮太遠親之間的對價關係。就捐贈來源五等親屬的範圍亦已相當程度涵蓋了家族主義重要的意義關係網絡。目前人體器官移植條例中各種限制是必須的，符合現況。

面臨移植器官供需失衡，大力倡導屍捐觀念是重要的努力途徑；由於醫療技術的進步及人類平均壽命的延長，世界各國皆面臨器官衰竭病患需求等待器官捐贈的困境，活體器官移植手術除對捐贈者傷害的倫理爭議外，器官的買賣是最大的社會問題，供需失衡是導致買賣的動力，在西方屍捐體制發達的國家，器官買賣的社會爭議相對就很少發生，所以由政府及民間大力倡導屍捐觀念是未來移植醫學發展相當重要的努力途徑。

二、建議

根據研究結果，本研究提出下列五點研究之建議：

1. 透過健保給付降低捐贈者配對檢查及後續健檢費用，提高醫院器

官移植手術點數；基於鼓勵國人親屬間親情表現的活體器官捐贈行為，以及因為捐贈器官所節省的洗腎等健保支出，能對於捐贈者術前檢查費用、手術導致身體傷害及後續長期健康檢查等醫療需求，提供健保給付的優免措施減輕捐贈者負擔。而對於器官移植醫院則建議提高手術點數，以提高移植手術醫療品質及增加醫院推動意願。

2. 修法設立專案審查制度，審理爭議性案例以平衡醫療需求與道德

風險；由於我國為成文法國家，法律條文缺乏彈性，但器官移植具有特殊性、急迫性、專業性，不免產生爭議性案例，使人民權益無法周全保障，因而考量器官移植道德風險的同時，因相關特殊性或緊急個案，建議政府可以透過修法由中央衛生機關設立特殊個案審議機制，專案審理相關特殊個案或緊急突發性醫療問題。

3. 專案審查許可透過配對交換機制進行腎臟移植；由於我國因腎臟

衰竭登錄等待腎臟移植人數達五千多人，佔總人數的 80% 以上，為了促成有意願捐贈腎臟給親人，但受限於配對不合者可經由交換配對機制達成媒合及手術進行，建議由中央衛生機關透過專案

審查制度許可實施。

4. 針對活體器官捐贈者或屍體捐贈者給予特殊之照顧；為鼓勵大眾響應器官捐贈理念，造福等待器官移植的病人，建議修訂相關法條及規定，對於器官捐贈者本人或其家屬，由於經由捐贈行為使得更多人受惠，則同時其親屬或本人也可獲得較優先的器官移植受贈條件。

5. 推動腦死非器捐者強制撤除維生系統之立法及無心跳者器官捐贈；器官移植的困境來至於捐贈器官的稀少，而器官勸募失敗原因，最大原因是當家屬仍未接受病人已經死亡的事實時，因此讓家屬了解死亡的意義，也接受病人死亡的事實，始有可能討論器官捐贈。本研究建議政府及中央衛生機關透過舉辦公聽會使社會透過溝通達成對於死亡定義的共識，並通過相關條文修正立法。使目前腦死及無心跳者，能有法律依據訂定臨終末期維生工具使用條件，有助於醫療資源合理使用，同時促成腦死或是無心跳者的器官捐贈。

謝致：本研究承蒙 245 位相關器官移植醫療人員協助填答問卷，以及 30 位移植醫療、法律及倫理相關專家協助參與會議討論，提供相當多寶貴的意見與建議，在此一併致上至誠謝意。

柒、九十七年度計畫執行成果報告表

九十七年度計畫執行成果報告表 (本資料須另附乙份於成果報告中)

計畫名稱	活體器官捐贈倫理、法律及社會問題之研究		
計畫編號	DOH97-TD-M-113-97015	填寫日期	98年2月28
執行機構	中國醫藥大學	計畫主持人	龍紀萱
計畫期程	<input checked="" type="checkbox"/> 一年期計畫； <input type="checkbox"/> 多年期計畫，共_____年，本年度為第_____年		
原計畫書擬達成目標	一、蒐集相關文獻資料： 二、設計活體器官移植現況及需求問卷： 三、專家內容效度會議： 四、活體器官移植現況及需求問卷試測： 五、問卷信效度分析： 六、邀請焦點團體相關專家： 七、問卷正式施測： 八、進行專家焦點訪談：		
已達成目標及其他成果	一、蒐集相關文獻資料：本研究已針國內外活體器官捐贈倫理、法律及社會問題研究相關之期刊、報告、政策、等資料完成蒐集。 二、設計活體器官移植現況及需求問卷：本研究已經由參考相關文獻研擬及編制完成醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用之研究問卷。 三、專家內容效度會議：已針對醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用之研究問卷，邀請了五位相關領域之專家學者針對問卷內容進行專家內容效度之問卷效度審查，最後並根據專家審查意見進行問卷修正。 四、活體器官移植現況及需求問卷試測：本研究依據專家審查修正後的醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用之研究問卷，已由中國醫藥大學附設醫院同時也蒐集受訪者對問卷之建議，以作為正式問卷的修改參考。 五、問卷信效度分析：本研究亦針對回收之30份試測問卷分別進行信度的統計分析。以作為後續正式問卷修正參考。 六、邀請焦點團體相關專家：本研究分北中南共邀請30位相關專家學者，成員包括有外科移植醫師、肝臟移植醫師、腎臟移植醫師、社工師、護理師、移植協調師、倫理學教授及律師。 七、問卷正式施測：本研究依立意取樣分別就北、中、南五家醫學中心醫院，已完成245位相關器官移植醫療人員之問卷調查。 八、進行專家焦點訪談：本研究共邀請30位相關專家學者，已分別於9月、10月及12月就北、中、南三區，完成專家焦點團體訪談。		

(計畫主持人以條列方式逐項填寫，若篇幅不足，可另附頁說明)

計畫名稱	活體器官捐贈倫理、法律及社會問題之研究		
計畫編號	DOH97-TD-M-113-97015	填寫日期	97年2月28
執行機構	中國醫藥大學	計畫主持人	龍紀萱
計畫期程	<input checked="" type="checkbox"/> 一年期計畫； <input type="checkbox"/> 多年期計畫，共_____年，本年度為第_____年		
原計畫書擬達成目標	<p>九、問卷資料輸入：</p> <p>十、問卷資料分析：</p> <p>十一、訪談資料輸入分析：</p> <p>十二、報告撰寫：</p> <p>十三、完成研究報告：</p>		
已達成目標及其他成果	<p>九、問卷資料輸入：本研究於問卷回收後已陸續完成個問卷之資料輸入。</p> <p>十、問卷資料分析：本研究運用統計套裝軟體SPSS，已分別針對各項問卷完成相關統計資料之整理與分析。</p> <p>十一、訪談資料輸入分析：本研究於會議訪談錄音後已陸續完成逐字稿登錄。</p> <p>十二、報告撰寫：研究已於研究期程中陸續進行報告之撰寫。</p> <p>十三、完成研究報告：本研究報告已於期程內完成。</p>		

九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議

計畫名稱：活體器官捐贈倫理、法律及社會問題之研究

主持人：龍紀萱

計畫編號：DOH97-TD-M-113-97015

1. 本計畫之新發現或新發明

1. 器官移植條例因應社會輿情修法放寬為五親等限制之後，捐贈器官仍以一等親及少數的二等親屬為主，顯示捐贈若以親屬間為規範，則五親等限制確實已符合寬鬆的親等限制。
2. 由於醫療技術進步使器官移植供給條件限制大幅降低，導致過去組織配對不符的問題，已不再是困擾，親屬間活體捐贈意願的有無將會是影響活體器官移植手術的關鍵。
3. 活體器官移植面臨捐贈者資格判定及倫理爭議的問題；器官移植團隊成員必須肩負者捐贈者資格審核把關及非自願性捐贈預防的任務，但面對跨國姻親、法訂血親等親屬關係的考證，或是親屬間對價關係，乃自捐贈意願的真實性都存在判定上的困難。

2. 本計畫對民眾具教育宣導之成果

1. 面臨移植器官供需失衡，大力倡導屍捐觀念是重要的努力途徑；由於醫療技術的進步及人類平均數命的延長，世界各國皆面臨器官衰竭病患需求等待器官捐贈的困境，最大原因是當家屬尚未接受病人已經死亡的事實，因此讓家屬了解死亡的意義，也接受病人死亡的事實，始有可能討論器官捐贈，由政府及民間大力倡導屍捐觀念是協助器官衰竭病患重要途徑。

3. 本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

1. 透過健保給付降低捐贈者配對檢查及後續健檢費用，提高醫院器官移植手術點數；
2. 修法設立專案審查制度，審理爭議性案例以平衡醫療需求與道德風險；
3. 針對活體器官捐贈者或屍體捐贈者給予特殊之照顧；
4. 推動腦死非器捐者強制撤除維生系統之立法及無心跳者器官捐贈

玖、參考文獻

中文文獻

- 李明濱：病人自主與知情同意。醫學教育 1997；1(4)：377-387。
- 李伯璋：移植醫學。科學發展 2003；365 期：68~71。
- 李伯璋：由『活體器官移植親等限制』談移植醫學。成大醫院外科部 移植外科主任。自由時報 2002：91.06.07 自由論壇。
- 朱日僑：器官捐贈理念剖析。醫院 1992，25（1），49-52。
- 吳貴君：腎臟移植患者移植前心裡準備與移植後社會心理適應相關聯因素之探討。東吳大學社會學研究所社會工作組碩士論文 1990。
- 吳憲明：活體器官移植可以無條件施行嗎？醫事法學季刊 2001；9(2)：6-8。
- 吳淑瓊：老人長期照護研究 1995。
- 吳鏘亮：腦死與器官移植。於黃勝雄等著。天使的眼睛：臺灣第一本基督徒醫療倫理告白 2000：72-82。
- 汪憶伶、謝文心：保密與通報、生存與法規—論活體移植之倫理兩難。臺灣醫學人文學刊 2005；6（1&2）：143-155。
- 邱皓政：量化研究與統計分析—SPSS 中文視窗版資料分析範例解析 2000。
- 林美秀、翁麗雀：照護一位接受「活體捐腎手術」母親之護理經驗。護理雜誌 2003。50（2），99-104。
- 柯文哲：器官捐贈。台灣醫學 2000；4(3)：275-281。
- 洪祖培：死亡與腦死的觀念。醫事法學 1985；1(2)：57-60。
- 賀昊中：活體腎臟移植簡介。中華民國器官捐贈協會 2007。
- 唐秀治：瀕死病人護理的倫理觀。於邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治合著。臨終護理 1996：187-205。
- 曾淑瑜：論人體之利用—器官移植與法律之衝突與調和。律師雜誌 2005；308 期：11-27。
- 黃三榮：論“人體器官移植條例”之捐受贈者。律師雜誌 2005；308 期：28-35。
- 曾華源、胡慧嫻、郭世豐：社會工作倫理難題抉擇之過程—理論與案例分析。社區發展季刊 2005；112 期。
- 張淳茜、陳鴻曜、胡淑寶、柯成國、阮仲炯、阮仲鏗、阮仲洲：台灣與中國之肝腎移植探討。福爾摩莎醫務管理雜誌 2006；2（1），1-10。
- 蔡甫昌：器官移植的倫理議題（二）世界醫學會“人體器官組織捐贈及移植聲明”。健康世界 2005；231 期：61-66。
- 蔡甫昌：器官移植的倫理議題（一）移植醫學的發展。健康世界 2005；230 期：59-60。
- 廖士程、李明濱、李宇宙、吳佳璇、曾美智：知情同意與術前矛盾之相關聯。

- 醫學教育2005；9卷1期，80-90。
- 盧美秀編著：護理倫理學 1995。
- 龍紀萱：尿毒症患者等待腎臟移植期間的心理社會適應之研究。
東海大學社會工作研究所碩士論文 1993。東海大學。
- 鍾元強、李伯皇、李治學：腎臟移植病例討論。移植醫訊 1991；
1 (2) : 25-27。
- 嚴久元：當代醫事倫理學 1999。
- 器官移植手術之旅－開發中國家暗藏危機。健康世界2007；258期 ； 48-49。
- 戴正德、李明濱：醫學倫理導論 2000。

參考網站

- 立法院全球資訊網 2009。 <http://www.ly.gov.tw/>
- 台灣移植醫學學會：台灣移植醫學學會網站 2007。2007/08/05 中央社新聞。
<Http://www.transplant.org.tw>
- 台灣移植醫學學會：台灣移植醫學學會網站 2009。2003/08/03 聯合報新聞
<http://www.transplant.org.tw/big5/discuss/re-subject.asp?id1=14&id2=21>
- 香港立法會 2009。
http://www.legislation.gov.hk/blis_export.nsf/CurAllChinDocAgent?OpenAgent&Chapter=465
- 財團法人器官捐贈移植登錄中心：財團法人器官捐贈移植登錄中心網頁 2009。
<http://www.torsc.org.tw/home/index.htm>。
- 劉承慶：淺論法律對活體器官捐贈者限制之規範。益思科技法律事務所2003。
<http://www.is-law.com/news/Home001.htm>
- Canadian Blood Services. <http://www.bloodservices.ca/>
- EUROPA :Q&A on organ donation and transplantation in the EU ,
<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/07/212&format=HTML&a...2007>
- German criminal code :art.180b and 181 of the criminal code 1998 ;
<http://www.legislationline.org/documents/id/5465>
- Human Tissue Act 2006.
http://www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2006/asp_20060004_en_1
- Organ Procurement and Transplantation Network2009.
<http://www.optn.org/policiesandbylaws/nota.asp>.
- United Network for Organ Sharing2009. <http://www.unos.org/>
- Williams E D, Bernice R A, & Swendiman K S,: Living Organ Donation and Valuable Consideration2007.CRS Report for Congress
<http://openocrs.com/document/RL33902/2008-05-01>

英文文獻

- Amaral ASR, Roza BA, Galvao FHF, Jardim KM, Medina-Pestana JO: Knowledge of organ donation among one group of Brazilian professors of medicine. *Transplantation Proceedings*2002;34 (2) ;449-450.
- Beauchamp TL , Childress JF: Principle of biomedical ethics 1983.
- Botsford AL: Review of literature on heart transplant recipients' return to work : predictors and outcomes. *Social Work in Health Care*1995;21 (2) :19-39.
- Breet CJ: Focus Group Positioning and Analysis : A Commentary on Adjuncts for Enhancing the design of Health Care Research. *Health Marketing Quarterly*7:1990.
- Duarte PS, Pericoco S, Miyazaki MCOS, Ramalho HJ, Abbud-Filho M: Brazilian's attitudes toward organ donation and transplantation. *Transplantation Proceedings*2002:34 (2) ;458-459.
- Dhooper SS,WilsonCP: Social work and organ transplantation. *Health and Social Work*. 1989:14 (2) ;115-121.
- Frazier PA, Davis-Ali SH, Dahl KE: Stressors,social support, and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Social Work in Health Care*1995:21 (2) ;93-108.
- Goetzmann, Lutz: Is It Me, or Isn't It? -Transplanted Organs and Their Donors as Transitional Objects. *American Journal of Psychoanalysis*. 2004: 64(3); 279-289.
- Gullede AD, Buszta C, Montauge DK: Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urologic Clinics of North America*1983:10 (2) ;327-335.
- Inspector, Yoram, Kutz, Ilan, David, Daniel: Another Person's Heart: Magical and Rational Thinking in the Psychological Adaptation to Heart Transplantation *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*. 2004: 41(3); 161-173.
- Krmar RT, Eymann A, Ramirez JA, Ferraris JR: Quality of life after kidney transplanation in children. *Transplanation*1997: 64 (3) ;540-541.
- Myfanwy Morgan, Richard Hooper, Maya Mayblin, Roger Jones : Attitudes to kidney donation and registering as a donor among ethnic groups in the UK. *Journal of Public Health*. 2006.28(3), 226-234.
- Peter Morris: *Ethical eye: transplants Council of Europe Publishing* 2003, January
- Ríos A; Ramírez P; del mar Rodríguez M; Martínez-Alarcón L; Lucas D; Alcaraz J; Montoya MJ; Parrilla P. Benefit of a hospital course about organ donation and

- transplantation: an evaluation by Spanish hospital transplant personnel. *Transplantation Proceedings*. 2007 Jun; 39 (5), 1310-3.
- Robyn S. Shapiro Mining the Human Body -Biotech advances demand new laws regulating the trade in cadavers. *Legal Times*. 2004: 27(20).
- Ruth Macklin: Mortal Choice: Bioethics in Today's World. Press: Pantheon1987; P.7-8 •
- Starzomski R and Hilton A: Patient and family adjustment to kidney transplantation with and without an interim period of dialysis. *Nephrology Nursing Journal*2000: 27(1); 17-31.
- Steele CI, Altholz JA: Donor ambivalence : A key issues in families of children with end-stage renal disease. *Social Work in Health Care* 1987: 13 (2) ; 47-57.
- Walter M, Bronner E, Steinmuller T, Klapp, BF and Danzer, G: Psychosocial data of potential living donors before living donor liver transplantation. *Clinical Transplantation*2002: 16 (1) ; 55-59.
- Zhang L, Li Y, Zhou J, Miao X, Wang G, Li D, Nielson K, Long Y, Li J: Knowledge and willingness toward living organ donation: a survey of three universities in Changsha, Hunan Province, China. *Transplantation Proceedings*2007 Jun: 39 (5); 1303-9

拾、圖、表

表一 基本特質

N=245

變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)
性別			現任職務		
男	41	(16.7)	護理人員		
女	204	(83.3)	護理主任或督導	3	(1.2)
年齡			護(副)理長	12	(4.9)
25歲以下	29	(11.8)	組長級	8	(3.3)
26-30歲	102	(41.6)	護理師	101	(41.2)
31-35歲	46	(18.8)	護士	17	(6.9)
36-40歲	37	(15.1)	其他	12	(4.9)
41-45歲	11	(4.5)	醫師		
46-50歲	12	(4.9)	醫師(主任/主治/備治主治)	21	(8.6)
51-55歲	1	(0.4)	總醫師	2	(0.8)
56歲以上	2	(0.8)	住院醫師	6	(2.4)
遺漏值	5	(2.0)	實習醫師	4	(1.6)
平均數 32.2 歲	最小值 22 歲	最大值 65 歲	見習醫師	2	(0.8)
標準差 7.01			其他	0	(0.0)
教育程度			醫事人員		
專科	36	(14.7)	藥師	2	(0.8)
大學	182	(74.3)	醫檢師	0	(0.0)
碩士	21	(8.6)	放射師	0	(0.0)
博士	6	(2.4)	營養師	0	(0.0)
婚姻關係			復健師	0	(0.0)
未婚	157	(64.1)	病理師	0	(0.0)
已婚	82	(33.5)	社工師(員)	40	(16.3)
離婚	2	(0.8)	行政人員	7	(2.9)
鰥寡	1	(0.4)	其他	4	(1.6)
遺漏值	3	(1.2)	遺漏值	1	(0.4)
子女數			總工作年資		
無	174	(71.0)	未滿 2 年	31	(12.7)
有	68	(27.8)	2 年以上未滿 5 年	52	(21.2)
遺漏值	3	(1.2)	5 年以上未滿 10 年	66	(26.9)
宗教信仰			10 年以上未滿 20 年	74	(30.2)
基督教	14	(5.7)	20 年以上	18	(7.3)
天主教	0	(0.0)	遺漏值	4	(1.6)
回教	0	(0.0)	平均數 8.27 年	最小值 0.1 年	最大值 38 年
佛教	42	(17.1)	標準差 6.59		
道教	31	(12.7)			
一般民間信仰	100	(40.8)			
無	51	(20.8)			
其他	2	(0.8)			
遺漏值	5	(2.0)			

表二 相關器官捐贈暨移植經驗

N=245

變項/類別	人數 (%)	變項/類別	人數 (%)
1. 是否曾為器官捐贈暨移植團隊成員		4. 您自己或家人/親友是否曾經是活體的器官捐贈者嗎?(複選題)	
是	77 (31.4)	否	239 (97.6)
否	163 (66.5)	是(自己)	2 (0.8)
遺漏值	5 (2.0)	是(家人)	0 (0.0)
是否曾經參與屍體器官移植手術		腎臟	0 (0.0)
是	55 (22.4)	肝臟	1 (50.0)
否	176 (71.8)	其他	0 (0.0)
遺漏值	14 (5.7)	遺漏值	4 (1.7)
是否曾經參與活體器官移植手術		5. 您是否有家人/親友曾經是腦死的器官捐贈者嗎?(複選題)	
是	42 (17.1)	否	240 (98.0)
否	188 (76.7)	是	1 (0.4)
遺漏值	15 (6.1)	眼角膜	1 (100.0)
2. 您是否有填寫器官捐贈同意卡		心臟	0 (0.0)
是	58 (23.7)	肝臟	0 (0.0)
否	183 (74.7)	腎臟	0 (0.0)
遺漏值	4 (1.7)	肺臟	0 (0.0)
您有隨身攜帶器官捐贈同意卡嗎?		皮膚	0 (0.0)
是	21 (36.2)	骨骼	0 (0.0)
否	37 (63.8)	其他	0 (0.0)
遺漏值	0 (0.0)	遺漏值	4 (1.7)
您的家人知道您填寫了器官捐贈同意卡嗎?		6. 如果有機會, 您會願意捐贈器官嗎?(複選題)	
不知道	22 (37.9)	否	71 (29.0)
知道	35 (60.4)	是	168 (68.6)
遺漏值	1 (1.7)	眼角膜	28 (6.9)
3. 您自己或家人/親友是否曾經是器官受贈者嗎?(複選題)		心臟	19 (4.7)
否	231 (94.3)	肝臟	22 (5.5)
是(自己)	2 (0.8)	腎臟	25 (6.2)
是(家人)	7 (2.9)	肺臟	16 (4.0)
眼角膜	5 (55.6)	皮膚	5 (1.2)
心臟	0 (0.0)	骨骼	4 (1.0)
肝臟	2 (22.2)	所有可用的都願意捐贈	115 (28.5)
腎臟	2 (22.2)	其他	1 (0.2)
肺臟	0 (0.0)	遺漏值	6 (2.4)
皮膚	0 ((0.0)		
骨骼	0 (0.0)		
其他	0 (0.0)		

表三 活體器官捐贈倫理與法律之相關看法

N=245

項目	非常同意 n(%)	同意 n(%)	不同意 n(%)	非常 不同意 n(%)	遺漏值	平均數	標準差
倫理構面						3.59	0.45
1. 活體器官移植須是在確定對受贈者有益，且對捐贈者不減損生理功能時，才能施行器官移植手術？	131(53.5)	109(44.5)	5(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	3.50	0.54
2. 活體器官移植須看重受贈者重獲生命的同時，仍應避免使捐贈者及受贈者雙方的身心受到不當醫療行為的傷害？	147(60.0)	97(39.6)	1(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	3.59	0.50
3. 對活體器官捐贈者應當告知足夠的訊息，並獲得捐贈者明確的同意方可進行？	159(64.9)	83(33.9)	3(1.2)	0(0.0)	0(0.0)	3.63	0.51
4. 活體器官移植必須尊重社會道德及符合法律的規定？	145(59.2)	98(40.0)	1(0.4)	0(0.0)	1(0.4)	3.59	0.50
法律構面						3.24	0.44
5. 請問您覺得對於目前活體器官的捐贈，不可以有任何金錢買賣的法律限制是否合理？	96(39.2)	126(51.4)	22(9.0)	1(0.4)	0(0.0)	3.28	0.64
6. 請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須是為移植者五等親以內之血親或配偶的法律限制是否合理？	37(15.1)	143(58.4)	62(25.3)	2(0.8)	1(0.4)	2.88	0.65
7. 請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須是年滿18歲的法律限制是否合理？	74(30.2)	152(62.0)	19(7.8)	0(0.0)	0(0.0)	3.23	0.57
8. 請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須要簽署同意書的法律限制是否合理？	117(47.8)	123(50.2)	5(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	3.47	0.53
9. 請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須最近親屬二人以上之書面證明的法律限制是否合理？	74(30.2)	145(59.2)	23(9.4)	1(0.4)	2(0.8)	3.21	0.608
10. 請問您覺得對於目前活體器官移植手術，必須經評估在無壓力及金錢交易下，並經醫學倫理委員會審查通過的法律限制是否合理？	95(38.8)	136(55.5)	14(5.7)	0(0.0)	0(0.0)	3.34	0.58
整體						3.38	0.39

註：非常同意 4 分、同意 3 分、不同意 2 分、非常不同意 1 分

表四 活體器官移植實務運用之相關看法

N=245

項目	非常同意 n(%)	同意 n(%)	不同意 n(%)	非常 不同意 n(%)	遺漏值	平均 數	標準 差
1. 基於病患利益，五親等限制可考慮彈性放寬，使得有意活體器官捐贈的其他非五等親屬或友人可以捐贈，但須經醫學倫理委員會及中央衛生主管機關許可通過。	59(24.1)	169(69.0)	16(6.5)	1(0.4)	0(0.0)	3.18	0.54
2. 參照國外制度，打破活體捐贈的親屬限制，建立分享機制，使兩方捐受贈者間的器官可進行交換移植。	48(19.6)	156(63.7)	38(15.5)	1(0.4)	2(0.8)	3.04	0.61
3. 為了避免資訊不充足及親屬壓力造成非自願性捐贈，法律應當嚴謹地要求施術醫師履踐嚴謹的告知後同意程序。	104(42.4)	138(56.3)	2(0.8)	0(0.0)	1(0.4)	3.42	0.51
4. 為鼓勵活體捐贈者，對於活體捐贈者除住院健保外，可給予其他適當的財務補助。	59(24.1)	115(46.9)	33(13.5)	1(0.4)	37(15.4)	3.12	0.67
5. 為防杜器官買賣及限制境外移植，至境外移植者返國後，應規範相關疾病皆應自費。	70(28.6)	125(51.0)	48(19.6)	1(0.4)	1(0.4)	3.09	0.70
整體						3.17	0.41

註：非常同意4分、同意3分、不同意2分、非常不同意1分

表五 基本特性與相關經驗對倫理、法律及實務看法之 t 檢定

N=245

變項名稱	器官捐贈倫理與法律之相關看法						實務運用之相關看法	
	倫理構面		法律構面		整體		平均數	t 值
	平均數	t 值	平均數	t 值	平均數	t 值		
性別		0.79		-1.98		0.47		0.86
男	3.42		3.04		3.62		3.29	
女	3.37		3.19		3.58		3.22	
婚姻		-0.64		-0.10		-0.28		1.38
未婚	3.57		3.23		3.37		3.20	
已婚	3.61		3.24		3.39		3.11	
有無子女		-1.36		-0.49		-0.87		0.72
無	3.56		3.22		3.36		3.18	
有	3.64		3.25		3.40		3.13	
曾為團隊成員		3.93***		3.62***		4.22***		-2.01*
是	3.75		3.39		3.53		3.09	
否	3.51		3.18		3.31		3.21	
參與屍體器官移植		1.16		2.32*		2.10*		-3.09**
是	3.66		3.37		3.49		3.03	
否	3.58		3.21		3.36		3.23	

參與活體器官移植	1.15	2.91**	2.49*	-1.62
是	3.67	3.43	3.53	3.09
否	3.59	3.21	3.36	3.21
填寫器捐同意卡	-0.02	0.95	0.63	-0.10
有	3.59	3.29	3.41	3.16
否	3.59	3.23	3.37	3.17
願意捐贈器官	-0.97	-0.63	-0.92	-0.15
是	3.57	3.23	3.37	3.17
否	3.64	3.27	3.42	3.18

註：1.未婚包含：未婚、離婚及寡

2.P* $<$ 0.05, P** $<$ 0.01, P*** $<$ 0.001

表六 基本特性與相關經驗對倫理、法律及實務看法之變異數分析 N=245

變項名稱	器官捐贈倫理與法律之相關看法							
	倫理構面		法律構面		整體構面		實務運用之相關看法	
	平均數	F 值 /Scheffe	平均數	F 值 /Scheffe	平均數	F 值 /Scheffe	平均數	F 值 /Scheffe
年齡		F=1.176		F=1.608		F=1.677		F=0.678
25歲以下 G1	3.47		3.08		3.23		3.19	
26-30 歲 G2	3.56		3.21		3.35		3.18	
31-35 歲 G3	3.59		3.29		3.41		3.10	
36-40 歲 G4	3.64		3.32		3.44		3.11	
41歲以上 G5	3.69		3.29		3.45		3.24	
工作年資		F=1.737		F=2.428*		F=2.563*		F=1.205
2 年內 G1	3.45		3.11		3.25		3.17	
2-5 年 G2	3.51		3.13		3.28		3.09	
5-10 年 G3	3.59		3.28		3.41		3.22	
10-20 年 G4	3.66		3.28		3.43		3.13	
20 年以上 G5	3.68		3.37		3.50		3.29	
現任職務		F=2.392		F=0.770		F=1.543		F=2.725
醫護人員 G1	3.54		3.21		3.35		3.22	
醫師 G2	3.60		3.27		3.40		3.04	
醫事人員 G3	3.70		3.29		3.45		3.12	
信仰		F=0.426		F=0.601		F=0.558		F=0.700
基督教 G1	3.57		3.31		3.41		3.18	
佛道教 G2	3.56		3.18		3.34		3.22	
民間信仰 G3	3.59		3.24		3.38		3.17	
其他 G4	3.65		3.28		3.42		3.11	

註：1.其他信仰包含：無信仰及其他信仰

2.P* $<$ 0.05, P** $<$ 0.01, P*** $<$ 0.001

表七 基本特性與相關經驗對倫理、法律及實務看法之相關分析

N=245

變項名稱	器官捐贈倫理與法律之相關看法			實務運用之 相關看法
	倫理構面	法律構面	整體構面	
性別	0.030	0.055	0.051	-0.137*
年齡	0.126	0.136*	0.147*	0.002
教育程度	0.118	0.124	0.136*	-0.027
婚姻	0.041	0.007	0.018	-0.097
有無子女	0.087	0.032	0.057	-0.051
宗教	0.067	0.042	0.057	-0.090
工作年資	0.159*	0.182**	0.193**	0.030
曾為團隊成員	0.247***	0.229***	0.266***	-0.141*
參與屍體器官移植	0.076	0.152*	0.138*	-0.218**
參與活體器官移植	0.076	0.190**	0.164*	-0.116
填寫器捐同意卡	-0.001	0.062	0.041	-0.007
願意捐贈器官	-0.063	-0.041	-0.060	-0.011

註：P* $<$ 0.05，P** $<$ 0.01，P*** $<$ 0.001

附錄

附件一、活體器官移植焦點團體參與專家名單

服務機構	職稱	姓名
台灣大學附設醫院	外科加護病房主任	柯文哲
台灣大學附設醫院	外科部主治醫師	周迺寬
台灣大學附設醫院	主治醫師兼外科副主任	胡瑞恆
台灣大學附設醫院	外科部主治醫師	紀乃新
台灣大學附設醫院	外科部主治醫師	李志元
台灣大學附設醫院	外科部主治醫師	吳耀銘
台灣大學附設醫院	外科部主治醫師	蔡孟昆
台灣大學附設醫院	外科部主治醫師	徐邵勛
台灣大學附設醫院	社工員	高于婷
台灣大學附設醫院	社工員	王美晴
台中榮民總醫院	胸腔內科主任	許正園
台中榮民總醫院	胃腸肝膽科主治醫師	吳俊穎
台中榮民總醫院	社工組長	游育蕙
台中榮民總醫院	護理師	吳麗華
中國醫藥大學附設醫院	器官移植中心院長	鄭隆賓
中國醫藥大學附設醫院	外科主治醫師	李靜枝
中國醫藥大學附設醫院	泌尿部主任	張兆祥
中國醫藥大學附設醫院	器官移植協調師	黃琪娟
中國醫藥大學附設醫院	社工師	賴宛瑜
中國醫藥大學護理系	副教授兼台灣生命倫理學會秘書長	辛幸珍
永信聯合律師事務所曾	律師	曾慶崇
成功大學附設醫院	外科部主任	洪崇傑
成功大學附設醫院	外科部醫師	林毅志
成功大學附設醫院	移植協調師	鍾筆雲
奇美醫院	移植外科主任	田宇峯
奇美醫院	腎臟移植外科主治醫師	陳明鎮
奇美醫院	肝臟外科主治醫師	王文慶
奇美醫院	肝臟外科主治醫師	孫定平
奇美醫院	肝臟外科主治醫師	顏家聖
奇美醫院	移植協調師	李玲嫻

附件二、醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用問卷

編號：_____

填寫日期：_____年_____月_____日

醫療人員活體器官捐贈倫理與實務運用之研究【問卷】

各位先進暨醫療界的工作同仁，您好：

本研究小組為了瞭解醫療人員對於活體器官捐贈法律倫理及實務運用之工作現況，特別設計了本份問卷，以作為未來推動相關活體器官捐贈及移植等相關工作之參考。由於本問卷是一種主觀判斷，因此答案並無「對」與「錯」，請就您實際想法或看法來填答。

本研究所收集一切相關資料僅供學術研究分析用，決不對外公開，您所提供的資料我們會予以保密，敬請安心填答，並請完整填寫整份問卷。

謝謝您！

中國醫藥大學醫務管理學系 龍紀萱助理教授 敬上 97年4月

協同主持人：鄭隆賓主任醫師、柯文哲主任醫師、辛幸珍副教授、陳世堅

副教授

敬上

聯絡人：中國醫藥大學醫務管理學系研究助理何盛榕 22053366-6309

衛生署國家衛生研究院 97年委託計畫

壹、受訪者基本資料

(1) 性別：男性 女性

(2) 年齡：_____歲

(3) 教育程度：1. 高中職 2. 專科 3. 大學 4. 碩士 5. 博士

(4) 婚姻狀況：1. 未婚 2. 已婚 3. 離婚 4. 鰥寡 5. 分居 6.

其他_____

(5) 子女數：1. 無 2. 有，_____個

(6) 宗教信仰：1. 基督教 2. 天主教 3. 回教 4. 佛教 5.

道教

6. 一般民間信仰 7. 無 8. 其他_____

(7) 現任職務：

護理人員：1. 護理主任或督導 2. 護(副)理長 3. 組長級 4. 護理師

- 5.護士 6.其他_____
- 醫師：1.醫師(主任/主治/備任主治) 2.總醫師 3.住院醫師
4.實習醫師
5.見習醫師 6.其他_____
- 醫事人員：1.藥師 2.醫檢師 3.放射師 4.營養師 5.
復健師
6.病理師 7.社工師(員) 8.行政人員 9.其他_____
- (8) 現任服務單位：1.內科 2.外科 3.兒科 4.婦科 5.放射科
6.急診部
(可複選) 7.加護病房 8.護理部 9.醫檢部 10.復健部 11.
藥劑部
12.營養部 13.中醫部 14.社工室 15.其他_____
- (9) 醫療工作年資：總工作年資約_____年
- (10) 現位任職醫院屬性：1.醫學中心 2.區域醫院 3.地區醫院
4.基層診所 5.其他，從事非醫療領域之工作 6.無工
作

貳、相關器官捐贈暨移植經驗

(1) 參與經驗 (含器官移植、評估、手術、勸募或宣導)：

請翻

- 1.1.是否曾為器官捐贈暨移植團隊成員
0. 否 1. 是，約_____年 (目前仍有參與嗎？0否； 1是)
- 1.2.是否曾經參與屍體器官移植手術：0. 否 1. 是，約_____年
- 1.3.是否曾經參與活體器官移植手術：0. 否 1. 是，約_____年
- 1.4.共參與活體腎臟移植約_____次
- 1.5.共參與活體肝臟移植約_____次
- 1.6.是否曾擔任器官移植協調師：0. 否 1. 是，約_____年(目前仍舊擔任嗎否；是)

(2) 您是否有填寫器官捐贈同意卡？0.否 1.有(請續答)下列題目

- 2.1.您是在幾年前填寫器官捐贈卡呢？約_____年前
- 2.2.您有隨身攜帶器官捐贈同意卡嗎？0.否 1.是
- 2.3.您的家人知道您填寫了器官捐贈同意卡嗎？0.不知道 1.知道
- 2.4.您的器官捐贈同意卡是否有加註在健保IC卡？0.無 1.有

(3) 您自己或家人/親友是否曾經是器官受贈者嗎？

- 0.否
- 1.是，自己，接受何種器官或組織(可複選)？
- 1.眼角膜 2.心臟 3.肝臟 4.腎臟 5.肺臟
6.皮膚 7.骨骼 8.其他(請說明)_____
- 2.是，家人或親友，接受何種器官或組織(可複選)？
- 1.眼角膜 2.心臟 3.肝臟 4.腎臟 5.肺臟

6.皮膚 7.骨骼 8.其他(請說明)_____

(4) 您自己或家人/親友是否曾經是活體的器官捐贈者嗎?

0.否

1.是,自己,當時捐贈何種器官或組織(可複選)?

1.腎臟 2.肝臟 3.其他_____

2.是,家人或親友,當時捐贈何種器官或組織(可複選)?

1.腎臟 2.肝臟 3.其他_____

(5) 您是否有家人/親友曾經是腦死的器官捐贈者嗎?

0.否

1.是,當時捐贈何種器官或組織(可複選)?

1.眼角膜 2.心臟 3.肝臟 4.腎臟 5.肺臟

6.皮膚 7.骨骼 8.其他(請說明)_____

(6) 如果有機會,您會願意捐贈器官嗎?

0.否

1.是,您會願意捐贈何種器官或組織(可複選)?

1.所有可用的都願意捐贈 2.眼角膜 3.心臟 4.肝臟

5.腎臟

6.肺臟 7.皮膚 8.骨骼 9.其他(請說明)_____

參、活體器官捐贈倫理與法律之相關看法

(請您在覺得合適的內打√)

非常同意 同意 不同意 非常不同意

		非常同意	同意	不同意	非常不同意
1	活體器官移植須是在確定對受贈者有益,且對捐贈者不減損生理功能時,才能施行器官移植手術?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	活體器官移植須看重受贈者重獲生命的同時,仍應避免使捐贈者及受贈者雙方的身心受到不當醫療行為的傷害?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	對活體器官捐贈者應當告知足夠的訊息,並獲得捐贈者明確的同意方可進行?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	活體器官移植必須尊重社會道德及符合法律的規定?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(請您在覺得合適的內打√)

非常合理 合理 不合理 非常不合理

		非常合理	合理	不合理	非常不合理
5	請問您覺得對於目前活體器官的捐贈,不可以有任何金錢買賣的法律限制是否合理?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	請問您覺得對於目前活體器官捐贈者,必須是為移植者五等親以內之血親或配偶的法律限制是否合理?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	請問您覺得對於目前活體器官捐贈者,必須是年滿18歲的法律限制是否合理?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請翻

- | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 | 請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須要簽署同意書的法律限制是否合理？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 請問您覺得對於目前活體器官捐贈者，必須最近親屬二人以上之書面證明的法律限制是否合理？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 請問您覺得對於目前活體器官移植手術，必須經評估在無壓力及金錢交易下，並經醫學倫理委員會審查通過的法律限制是否合理？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

肆、活體器官移植實務運用之相關看法

(請您在覺得合適的□內打√)

		非常同意	同意	不同意	非常不同意
1.	基於病患利益，五親等限制可考慮彈性放寬，使得有意活體器官捐贈的其他非五等親屬或友人可以捐贈，但須經醫學倫理委員會及中央衛生主管機關許可通過。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	參照國外制度，打破活體捐贈的親屬限制，建立分享機制，使兩方捐受贈者間的器官可進行交換移植。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	為了避免資訊不充足及親屬壓力造成非自願性捐贈，法律應當嚴謹地要求施術醫師履踐嚴謹的告知後同意程序。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	為鼓勵活體捐贈者，對於活體捐贈者除住院健保外，可給予其他適當的財務補助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	為防杜器官買賣及限制境外移植，至境外移植者返國後，應規範相關疾病皆應自費。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

伍、以下三個問題請您依據自己真正的想法或意願來回答：

1. 在非工作要求下，請問您自己願意參與活體器官移植團隊嗎？
非常願意 願意 不願意 非常不願意
2. 請問您自己願意成為活體器官捐贈者嗎？
非常願意 願意 不願意 非常不願意
3. 請問您個人同意活體器官移植嗎？
非常同意 同意 不同意 非常不同意

陸、請您就參與之經驗回答下列問題

1. 請您就參與活體腎臟移植相關工作，主要所面臨的困擾問題提供您的想法及改善建議？
0. 無參與經驗 1. 有參與經驗 (若無參與經驗，則不需要填寫)

2. 請您就參與活體肝臟移植相關工作，主要所面臨的困擾問題提供您的想法及改善建議？

0. 無參與經驗 1. 有參與經驗（若無參與經驗，則不需要填寫）

3. 請問您是否願意參與後續焦點團體的進行，如果願意請留下您的資料

收件人：_____

聯絡 MAIL：_____

聯絡電話：_____，手機：_____

**【非常感謝您的填答，請再檢查看看是否填答完整，
敬祝工作順心愉快！】**

附件三、體器官捐贈倫理、法律及社會問題研究訪談大綱

衛生署「活體器官捐贈倫理、法律及社會問題之研究」

計畫主持人：龍紀萱教授

活體器官捐贈倫理、法律及社會問題研究訪談大綱

1. 請問貴院通常有關於活體器官移植手術的程序是如何運作進行？
主要參與者包括哪些人？各別扮演的角色及功能是如何？
2. 請問貴院目前活體器官移植手術主要包括哪些項目？每年的手術施行情形如何？
3. 請問各位在目前活體器官移植手術過程中有關於活體捐贈者的部分，最常面臨的問題及困擾有哪些？
4. 請問對於目前活體器官移植手術過程中關於活體受贈病患的部分，最常面臨的問題及困擾有哪些？
5. 請問對於目前活體器官移植過程中關於醫療手術的部分，最常面臨有關倫理與法律的問題及困擾有哪些？
6. 請問對於我國「人體器官移植條例」中對於活體移植捐贈的限制條件有何看法或意見？（如五親等限制、買賣限制、移植條件、考量因素…等）（請參考附件一、二）
7. 請就我國活體器官移植的未來發展及改善提供您的建議？