

「當面」的多餘、 「親自」的困局？再思考 後冠時代的遠距照護

The Redundancy of “TO FACE” and the
Dilemma of “IN PERSON”? Re-thinking
Telecare of the Area of the Post-COVID-19 Era

謝宛婷 Wan-Ting Hsieh *



摘要

如今已經正名為COVID-19的新冠肺炎，自2019年底掀起了一波動盪了醫療、公衛、政治、歷史、法律與外交等相關領域的傳染病危機，經過近五個月的積累，世界各國基於防疫目的所發布的各種相關報導與文獻，如今已是汗牛充棟；從疫情消息與國際政治角力作為開端，到臺灣防疫政策所衍生的隱私與自由之爭辯，及新加坡、日本乃至歐洲諸國爾後陷入疫情失控的公衛輿情，再到歷史學家和公衛學家細數疫情

*奇美醫療財團法人奇美醫院緩和醫學科主任（Director of Palliative Medicine Department, Chi-Mei Medical Center）

關鍵詞：居家隔離檢疫（home isolation and quarantine）、通訊診療治療辦法（Rules of Medical Diagnosis and Treatment by Telecommunications）、新冠肺炎（COVID-19, Coronavirus disease 2019）、遠距照護（telecare）、醫師法（Physicians Act）

DOI：10.3966/241553062020060044009



與人類醫療發展所帶來的省思及教訓，同時有提出人文在疫情蔓延過程中對於國家策略選擇以及心理照顧影響之呼籲，這些智慧的結晶，每天超負荷地衝撞進閱讀者的腦海，而其過程中讓臺灣民眾最感到極為振奮的，無非是美國史丹佛大學(Stanford University)醫學院副教授王智弘發表在《美國醫學會雜誌》(*The Journal of the American Medical Association, JAMA*) 上的文章，該篇文章透過大數據統計說明臺灣擁有領先世界諸多國家的尖端防疫能力¹。

不只是防疫能力，科技及應用的限制也在此波疫情中被重新定位，衛生福利部也因此在2020年2月10日和2月19日分別發布函釋，表示居家隔離與檢疫者，得依醫師法第11條及通訊診察治療辦法的急迫情形進行診察、開給方劑，已邁出遠距照護法規的新科技人文思考。然而，除了因為居家隔離或檢疫而被迫無法就醫者，遠距照護應有化被動為主動的潛力。因為這個來勢洶洶的新興傳染病，傳播與感染後的疫情相當險峻，醫事人員除了戒慎以待外，無不思考如何在更安全的環境中給予病人同等品質的醫療照顧，醫護人員親自診視的必要性及科技所能提供輔助的角色又再度浮上檯面。

在進一步討論疫情下的遠距照護因應策略之前，有必要先來討論醫療照護的邏輯，才能理解目前的法律規範及政策考量，是否真的足以因應當前境況下的病人需求。從臨床照護個案的經驗中，我們能夠發現一件相當重要的事情，也就是病人關於醫療決定的意願表達並不一定會先於醫療照護行為的提供，但是疾病的進程是不會等待意願表達後才往前邁進，而是持續的進行著，即使病人難以決定或是無法得知病人可能會想

1 C. Jason Wang, Chun Y. Ng & Robert H. Brook, *Response to COVID-19 in Taiwan Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing*, 323(14) JAMA, 1341-1342(2020). doi:10.1001/jama.2020.3151

要的決定，仍須提供照護，而這些照護所依據的線索，就是可得推測的病人價值觀，同時必須持續的關注接受照護後，病人所產生的生理與心理變化，如此便不會因為病人尚未表示意願或是衛能表達意願，而給予違反其自主意願或是不適切的照護。

人類學教授Annemarie Mol在他的書《照護的邏輯：比賦予病患選擇更重要的事》（*The Logic of Care: Active Patients and the Limits of Choice*）一書中，便提出「選擇的邏輯」與「照護的邏輯」兩種邏輯的對比，此處選擇的邏輯便是現有所假設的情境，只要是一個理性的病人在足夠的資訊下，就可以呈現出一個具有邏輯性的選擇過程，而醫療照護人員只要依循這個邏輯選擇的過程進行，就能達到病人最想要的結果，也不會有任何糾紛，因為病人選擇了他所想要的。但該書以實際的田野研究告訴我們，「選擇的邏輯」並沒有打造出對病人最適合的照護情境。在「選擇的邏輯」下，病人表達了意願，做出了選擇之後，一切就要自行負責，無論疾病多麼不可預期，日常多麼出乎意料，一旦事情出了差錯，病患只能抱持悔恨和罪惡感，甚至不知道自己是否有修正的機會或是改變為替代的選項。實際上的醫療照護情境，「行動」經常是先於「判斷」的，「實作」也常先於「事實」，沒有任何事情是被保證的，沒有什麼決定是做了就能心想事成的。只有病人、醫護人員、技術、儀器等各項元素在日常中不斷協調、不斷修補（*doctoring*），持續堅定地做些嘗試，以試圖尋找病人核心精神及價值觀的嘗試，透過這一種實踐的方式，更能夠達成所謂持久的價值觀及目標所有這樣的概念。Mol認為，生活（名詞）的好壞不是重點，要點是如何「過生活」（動詞）。照護的邏輯講求「關注」，在病患做了選擇之後，仍不斷地給予關注，才能彌補選擇之後，病人被施予的「忽略」，此處的忽略並非表示醫療照護上的疏失，此處的忽略更應該描述為對於醫