

# 法院醫療調解模式「敘事型醫療調解」之研究——以本土「量化實證分析」為中心

陳宜縱\*

陳學德\*\*

## 壹、前言

近二、三十年來醫療糾紛頻傳，醫界有「五大(科)皆空」之譏，醫界防衛性醫療之議再起；而案件進入法院後，法院並無醫療調解相關機制，終結案件時間平均5.62年<sup>1</sup>，未能發揮訴訟促進之功能，當事人時間、精神煎熬依舊，從法律經濟分析<sup>2</sup>角度<sup>3</sup>言，為達成時間成本節省及真實發現之目標，訴訟外紛爭解決方式(ADR)，應屬可思索方向。

臺灣臺中地方法院自101年9月起，試辦「醫療、法律雙調解委員」醫療調解制度，

迄今已逾9年，其調解成立比率，如表1所示，由第1週年時52.6%逐年下降至第8週年之26.24%，迄109年底回復至29.80%<sup>4</sup>。再由表2顯示<sup>5</sup>，調解時是否有醫療調委調解，對調解成立比率成正相關，其中原因為何，實值探討。

為瞭解一個制度施行成果，社會科學研究方法大別有三：實證主義(positivism)、詮釋社會科學(interpretive social science, ISS)與批判社會科學(critical social science, CSS)，上開研究取向差異處在從不同角度去分析同一事件，其中實證主義為最廣為使用之研究方法<sup>6</sup>，本文亦採之。

\* 本文作者係中正大學法學博士生(筆者1)

\*\* 本文作者係臺中地方法院法官兼庭長(筆者2)

註1：學者統計二審平均為19.2個月，第三審平均10.8個月，加計一審平均3.12年，合計三審終結需5.62年。詳沈冠伶(2012)，〈民事醫療訴訟之研究〉，《司法院民事醫療訴訟之證明法則與實務運作研討會論文集》，第13-14頁。

註2：關於從法律經濟分析談醫療調解之資料，詳見謝哲勝(2016)，〈從法律的經濟分析看醫療糾紛處理制度〉，《醫療糾紛處理面面觀——醫療糾紛處理新思維(四)》，第75頁以下，台北：元照；陳學德(2018)，〈醫療糾紛處理之法律經濟分析〉，《月旦醫事法報告》，第15期，第1、165頁。

註3：關於法律經濟分析之中文資料，詳見理查·波斯納(Richard A. Posner)著(2010)，蔣兆康譯，楊智傑校訂，《法律經濟學》(Economic Analysis of Law)，台北：五南圖書；謝哲勝主編，謝哲勝、莊春發、黃健彰、邵慶平、張心悌與楊智傑合著(2007)，《法律經濟學》，台北：五南圖書。

註4：表1出處，臺灣臺中地方法院統計資料。

註5：表2出處，臺灣臺中地方法院統計資料。

註6：W. Lawrence Neuman著，朱柔若譯(2000)，〈社會研究方法：質化與量化取向〉(Social Research Methods: Qualitative and Quantitative)，第60-62頁，台北：揚智出版。

實證研究時常用之方式為量化 (quantitative) 與質化 (qualitative) 研究，前者乃以數字形式蒐集資料，後者則是以文字或圖片形式蒐集資料，這些研究技術有其適用之特定主題或領域<sup>7</sup>。本文為瞭解訴訟外紛爭解決機制之施行成果，就上述議題採用法實證研究中之量化研究方式，以淺顯易懂之敘述統計方式<sup>8</sup>呈現研究成果，並以李克特量表 (Likert scale)<sup>9</sup>為之，其與傳統法律研究方法 (例如：法律解釋方法、案例解釋方法) 不同處，在於其乃作為解決法規問題之方式；亦與自然科學研究方法不同，無法

在實驗室預先為驗證，僅能從已有數據分析，研究成果得作為未來制度上或政策上之參考與建議<sup>10</sup>。

本文參酌表1、2即臺中地院自2012年起之醫療調解之統計結果，及2016年間實務家對醫療訴訟當事人即原告病家、被告醫師，及關係人即醫療調解委員、司法官之問卷結果，期望從本土實證出發，參酌先進國家醫療調解之比較法制，提出可行之法院醫療調解模式——敘事型調解，使醫療調解發揮ADR解決紛爭功能，重塑醫病信賴關係。

表1：臺中地方法院歷來醫療調解成立比率 (累計)

臺中地院歷年調解成立比率					
週年	全部調解委員	專業調解委員	一般調解委員	醫療調委 加計鑑定	未鑑定 又無醫療調委
1週年	52.60%	50.00%	65.00%		
2週年	46.48%	41.18%	51.35%	50.00%	41.94%
3週年	38.24%	38.09%	38.33%	42.59%	33.33%
4週年	32.59%	36.96%	30.34%	37.31%	27.94%
5週年	29.07%	35.42%	36.61%	34.21%	25.00%
6週年	27.09%	31.48%	25.50%	30.34%	24.56%
7週年	26.69%	28.95%	25.63%	28.07%	24.79%
8週年	26.24%	27.84%	25.30%	28.99%	24.00%
9週年	29.89%	31.30%	32.72%	32.26%	29.20%

註7：W.Lawrence Neuman著，朱柔若譯，前揭註5書，第60頁。

註8：W.Lawrence Neuman著，朱柔若譯，前揭註5書，第549、556頁。

註9：量表可分李克特量表 (Likert scale)、舍史東量表 (Thurstone scale)、波加德社會距離量表 (Bogardus scale) 及古詩曼量表 (Guttman scale)，常用者為李克特量表，詳見朱柔若譯，前揭註6書，第303-316頁。

註10：王鵬翔、張永健 (2015)，〈經驗面向的規範意義——論實證研究在法學中的角色〉，《中研院法學期刊》，第17期，第3頁。

表2：臺中地方法院歷年醫療調解成立比率

臺中地院歷年調解成立比率						
年度	已結調解件數	不願調解 / 撤回	全部調委成立比率	無醫療調委成立比率	有醫療調委成立比率	備考
101年	7	6	85.71%	100.0%	50.00%	
102年	45	10	51.11%	52.63%	50.00%	
103年	27	1	25.93%	35.29%	10.00%	
104年	35	2	17.14%	16.13%	25.00%	
105年	40	0	12.50%	11.11%	25.00%	
106年	31	1	16.13%	16.67%	0.00%	
107年	27	4	25.93%	41.67%	13.33%	
108年	22	6	18.18%	33.33%	21.05%	
109年	26	1	42.13%	50.00%	40.91%	

## 貳、調解制度之本質及調解模式

### 一、調解制度符合醫療文化及病家文化

民事爭議發生時，其解決途徑不外乎訴訟及訴訟外紛爭解決機制（ADR），ADR有協商、和解、調停、斡旋、調解、仲裁等替代性方案，均在尋求更妥適之解決方法，使爭議和平落幕，其中透過中立第三人扮演和事佬之調解（Mediation），基於當事人自主原則而設紛爭解決機制，係經由雙方當事人合意調解成立，不但能發揮事半功倍，節省時間、勞力及金錢之不利益，尋求實體正義與程序正義之平衡，較能符合雙方當事人之整體利益，調解原則重在：(1)自願性原則。(2)中立性原則。(3)當事人自我負責性。(4)資訊透明性。(5)秘密性。

學者認為兩造對立之訴訟設計，嚴重危及醫師極為看重之事：他們對於自己執業方式之支配掌控能力，以及他們與同事及病患維持良好關係之能力。因為醫師有一種「拒絕將權力交給他人」之文化規範存於醫師間，希望能自己處理所面臨之衝突。醫師之立場：如果我們都無法自己解決衝突，那就沒有人解決得了，尤其不可能被一個欠缺大量、堅實醫學知識之外部人（法官）所解決，免其專業權威遭到威脅。解決方法是由「適當之人」即精通醫療事務，及受跨文化調解技巧訓練之人擔任調解委員，否則寧願相信訴訟解決紛爭之機制，而推動「醫療訴訟制度之改革」<sup>11</sup>。

惟當醫療傷害發生後，病患與家屬在瞭解傷害真相過程中，病家在醫學、法律專業知識不足，或無法掌握有力證據如病歷等情形

註11：Marc R. Lebed & John McCauley, Mediation Within the Health Care Industry: Hurdles and Opportunities, 21 Ga. St. U.L. Rev. 911(2005), at 917-19, 轉引自謝柏芝（2010），《醫療糾紛之法律文化研究》，國立中正大學法律學碩士論文，第147頁。

下，無法獲得尊重且對等之協商地位，因而動員週遭一切資源，即便最後對簿公堂<sup>12</sup>。依社會控制理論，重要者係將病患與家屬加以組織，提供醫療協商、調解或訴訟時之對等法律地位<sup>13</sup>。

而協商過程中，醫師與病患對醫療結果定義不同，病患對過失之定義，來自於自己對醫療過程或身體症狀之主觀經驗與評估，或接受周遭他人之意見，包括家人、醫師、其他醫事人員、朋友、熟人、有見識者，甚至於律師等。相對地，醫師主要是從實證醫學（Evidence based medicine, EBM）之觀點說明醫療結果，醫師認為他們是在充滿不確定性環境中工作，即使經驗老練，也無法保證醫療結果完全符合期待，認應以醫療行為是否符合專業或標準處理程序，來評斷醫療結果。所以病患抱怨之核心主軸淪為邊緣化，而病患邊緣化常發生於強調EBM照護模式中，醫師只專注疾病症狀之判斷與治療，疏於傾聽而從未察覺病患如何定義彼此間之會談。而醫師則認為病患無法充分瞭解病情，或根本不需要瞭解病情，一切均在醫事人員掌握之中，不願向病患或家屬說明，排斥病患顧慮與主觀感受之情形<sup>14</sup>。

從上述醫療文化得知，醫療糾紛處理需由懂得醫療專業之第三人擔任調解委員，由病家文化得知，醫療糾紛處理機制能在雙方對等、武器相同之基礎上，逐漸走向減少對立，方能使醫療糾紛處理走向良性發展，否則病家走向「抬棺材、持白布條」抗議，甚至黑道介入等非理性手段，殆可預見，從而訴訟或ADR，應秉持武器平等原則下進行，此項武器平等原則，配合醫療調解「無真相、無調解」精神，於調解過程中，應由調解委員扮演武器平等之促進者角色，對於醫療院所或醫師宣稱醫療結果係「醫療之不確定性」所致，究屬臨床不確定性或功能不確定性所致<sup>15</sup>，以滿足病家對醫療真相知之權利，作為調解之重要參考資料，方有調解成立可能。

## 二、醫療調解模式<sup>16</sup>

傳統調解模式依純粹法學觀點有「促進式調解」及「評價式調解」，其差異在於中立第三人角色介入程度而不同。「促進式調解」係指調解人扮演促進者及溝通橋樑之角色，協助雙方整理個別之立場及利益，鼓勵雙方理解或肯認他方之利益，協助各方發展出足以達成和解之結論，不對爭議或任何方案

註12：有關美國法律社會學者Donald Black社會控制理論，詳Black Donald ed.1984 Toward a General Theory of Social Control. Orlando: Academic Press, 引自朱柔若、林東龍（2003），〈醫療公道如何討？臺灣醫療糾紛處理機制弊病之探索〉，《醫事法學》，11卷3/4期合訂本，第42-44頁。

註13：朱柔若、林東龍，同前註，第55-58頁。

註14：朱柔若、林東龍，前揭註12文，第36-37頁。

註15：所稱臨床不確定性及功能不確定性，前者係指因人體組織器官之確實功能，許多仍屬於醫療未知領域，加上個人體質之差異，因此無法完美預測病患治療之結果，屬於醫療風險或技術限制等無法避免情事，後者則是醫師製造出來之不確定性，為醫療提供者無知、能力不足或組織管理問題，導致操作過程疏忽或人力運作失調等。詳林東龍、朱柔若，前揭註12文，第32-33頁。

註16：本文係探討醫療調解模式，有關美、日、德、韓國及中國大陸之醫療糾紛處理非訟化之比較法制（以調解為中心）之介紹，詳見陳學德（2018），〈改善法院醫療調解制度芻議〉，《司法研究年報》，第34輯第1篇，第18頁以下，台北：司法院。

提出評價，也避免提出調解方案<sup>17</sup>，調解人不對個案作評判，不評斷當事人間之是非對錯，是其特徵在於著眼於調解能當下解決紛爭，又能避免傷害當事人間之關係<sup>18</sup>。易言之，當事人間若存有長期繼續性關係，或想要開創日後之持續關係，促進式調解通常是較適合之解決爭端方式<sup>19</sup>，此為國際間主要採行之調解方式<sup>20</sup>。因促進式調解，係當事人透過促進調解程序，自主解決紛爭，雙方在瞭解自身實際利益及真正需求為何，不過分拘泥於其法律或經濟上立場，為「利益導向之調解」（Interese-Based Mediation），非如同評價式調解係以「權利導向」（right-based）或法律得主張之法律上立場（position）為出發點<sup>21</sup>，重在滿足當事人最基本需求及利益，始能實際解決爭議之方案，調解人僅是協助者，並非主導者，因並非屈服他人而達成妥協或退讓，故當事人較易依約執行調解結果。

「評價式調解」，則係調解人實質介入個案，對案件決定並予以評價，進行調解時，力勸當事人應互為退讓，並直接提供當事人

解決方案之建議<sup>22</sup>，如民事訴訟法第414條即為適例。我國一般所熟知之調解制度，調解人之角色及定位較偏向以評估（evaluative）之模式，直接給予當事人建議、規勸雙方當事人就該爭議互為讓步，或建議當事人就其爭議立場以折衷方式達成調解協議，進而結束紛爭。性質上經由調解人之身分、地位、專業、學養等客觀條件，並透過爭議當事人對調解人之信賴，進而勸導當事人於調解程序中達成合意解決爭端，為現行我國調解制度重要特點之一。是調解人必須具備一定身分，即就系爭類似案件或一定經驗或為地方上信望素孚之公正人，公正性向為地方所推崇，始得遴聘為調解人<sup>23</sup>。是學者認為調解制度，強調調解者之身分地位與角色功能，認為人際糾紛、犯罪損害獲得解決，是基於調解者個人權威與能力<sup>24</sup>。

惟隨社會多元化發展，調解除了主流純粹法學觀點外，亦與法社會學觀點有密切關係，兩者觀點差別在於對「糾紛」概念界定與解釋不同；純粹法學觀點之糾紛重權利與

註17：李紀宏（2012），〈促進式調解之理論與實務〉，《訴訟外紛爭解決機制》，第350頁，台北：三民書局。

註18：或有認促進式調解，處理醫療糾紛時，亦係先鑑定再調解為宜，如採此模式，則已跳脫上開促進式調解是「不問是非對錯」之定義，仍否稱係促進式調解，實有斟酌之處。而後述之新型醫療調解模式，均在修正此種「不問是非對錯」之調解模式，以滿足當事人知悉「醫療真相」之需求。

註19：古嘉諄、蕭美玲（2005），〈論調解及調解之技巧〉，《中華民國仲裁協會仲裁季刊》，第74期，第39頁。

註20：李紀宏，前揭註17書，第350頁。美國聯邦第九巡迴上訴法院資深法官John Clifford Wallace法官於2018年4月25日司法院辦理「案件管理與訴訟外紛爭解決機制之發展」（the development of the case management and court-annexed mediation program）台中場時之意見。

註21：李紀宏，前揭註17書、第352頁。

註22：林瑤，〈台灣民間及行政調解之制度與實踐〉，前揭註13書，第326頁。

註23：相關規定，詳勞資爭議調解辦法第4條、鄉鎮市調解條例第3條。

註24：狄小華（2009），〈中國傳統調解與西方恢復式司法比較〉，《南都學壇——人文社會科學學報》，第29卷第2期，第86-90頁。許春金、陳玉書、黃政達（2007），〈調解制度中調解人修復性影響因素之研究〉，《犯罪與刑事司法研究》，第7期，第14-190頁。

利益，法社會學觀點認除了客觀面不和諧與衝突外，亦包括主觀面情緒，此為調解與訴訟之差異。由於調解有時涉及跨領域之議題，故有些爭議不適合以純粹法學觀點探討，較適合以法社會學觀點為之，醫療爭議即為一例。調解之進展分為傳統調解、現代調解與複雜型調解，複雜型爭議（例如：醫療爭議）因牽涉到生命身體與心理層面，難以用單一形態之調解解決之，混合型調解因而產生<sup>25</sup>。

論者認為，現行醫療行為過程中，醫師為醫

療處置之依據為實證醫學，在實證醫學影響之下，病人在醫療行為過程中之反應，並不為醫師所關心，惟自1990年以來，美國哥倫比亞大學Rita Charon教授提倡敘事醫學（Narrative based medicine，簡稱為NBM）<sup>26,27</sup>，認為要瞭解病人，先要先聆聽病人之話語，讓他們知道醫病間是可以彼此溝通信任，不但可提高彼此關係，也讓病人更願意傾訴心聲。面對病人，更須時時保持謙卑態度，不只是問診之手腕，也是醫學倫理中最基本之一環，所以將病人之反應納入醫療處置之參考資料<sup>28,29,30</sup>，

註25：李詩應（2020），〈關懷式調解作為複雜型態爭議解決模式之探討——以日本醫療爭議為例〉，《華岡法粹》，第69期，第255-259頁。

註26：敘事式醫學在台灣教育領域始自於2010年6月，教育部顧問室醫學人文社會教育師資培育工作坊及台灣大學醫學系邀請夏隆教授進行「敘事醫學師資培育工作坊」後，醫學院校之醫學人文課程亦陸續開設，如中國醫藥大學醫學系自98學年起，高雄醫學大學及長庚醫學大學自99學年起，均陸續開設，詳見徐金雲、陳緋娜、陳學德、吳錫金（2014），〈Critical Thinking, Narrative Medicine and the Course Design of Medical Malpractice for Preclinical Students-The Experience from China Medical University〉，《台灣醫學教育》，18卷3期，第93頁以下。國內專書介紹部分，詳謝至鏗（2013），《醫學生之醫學人文訓練——運用敘事醫學模式記錄患者生病史之分步嘗試》，慈濟大學人類發展研究所碩士論文。

註27：Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York, NY: Oxford University Press, 2006.

註28：Charon自2000年開創「敘事醫學」課程，從自傳、現象學、心理分析、創傷研究、美學等訓練出發，來「致敏化」醫學生觀照、傾聽、訴說疾病之能力。簡言之，它訓練醫師如何見證病患之苦難，能將疾病之全貌娓娓道來。

註29：有關敘事醫學相關中文資料，詳林慧如、王心運、賴春生、林育志（2010），〈「敘事醫學倫理」之課程建構及教學經驗〉，《醫學教育》，第14期，第272-281頁；威廉奧斯勒（2006），《生活之道》，第16-97頁，台北：立緒文化。黃琮芸、王俐晴、何明蓉（2010），〈「敘事醫學」師資培育工作坊專題報導〉，《醫學教育》，第14期，第304-311頁。劉競明（2011），〈在述說故事與醫學之間——談敘事醫學與醫療照護〉，《醫學教育》，第15期，第60-68頁。

註30：有關敘事醫學相關英文資料，詳empathy, reflection, profession and trust. The Journal of the ican Medical Association, 286, 1897-1902; Charon, R. (2004). Narrative and medicine. The New England Journal of Medicine, 350, 862-864; Charon, R. (2007). What to do with stories? The sciences of rative medicine. Canadian Family Physician, 53, 1265-1267; Chretien, K. C., Swenson, R., Yoon, B., Keenan, J., Croffot, J., Kheirbek, R. (2015, Feb 11). Tell me your story: A pilot narrative medicine curriculum during the medicine clerkship. Journal of General Internal Medicine, Epub ahead of print; DasGupta, S., Charon, R. (2004). Personal illness Taichung Veterans General Hospital14, 第17期2015narratives: using reflective writing to teach empathy. Academic edicine,79, 351-356; Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: why study

主張醫學之教學、實踐及研究，應結合對病患之生活、價值觀，以及因患病所帶來生命之改變與感受，透過醫病之間對疾病之「故事敘事」(narration of stories)，學習重新認知(recognize)、領會(absorb)、詮釋(interpret)以及為之感動(be moved)；而在發生醫療糾紛時，如將敘事醫學理念應用於調解時，即成為敘事型調解模式，2000年起並成為該校醫學系人文課程。蓋以調解是一種談判角度言之，從哈佛大學「Getting to Yes」一書之看法<sup>31</sup>，談判是否能成功，不在於客觀事實存在與否，而在雙方主觀認知為何，因客觀事實只是另一項爭執而已，雙方主觀認知能達成一致，談判才有可能成功，因在醫療行為過程中，病家對於醫師以生物醫學或EBM之數據作為醫療處置之依據，當醫療處置未能達到預期目標時，病家對於醫療行為過程中之反應，不為醫師接受，主觀上

認為醫師有所隱瞞或有所疏失，此種主觀認知之結果，如未能予以理解疏導，難以期待與病家達成一致看法而有調解成立可能，此種主張，強調先處理病家情緒，採取不責難精神，將病家反應納入思考，而非以EBM模式處理醫療糾紛，惟有先處理當事人情緒，方能期待病家理解客觀真相為何，才能達到病家與被告醫師雙方都能接受之調解方案。

## 參、問卷設計說明

### 一、文獻回顧

醫療不幸發生時，病人為何要對醫師提告，其原因何在，此與病家文化之認識息息相關，亦涉及ADR解決醫療糾紛制度之設計，早期均集中以醫師經驗為主<sup>32</sup>，其後漸有以司法判決彙整之分析研究<sup>33</sup>，而研究病家想法之研究，因受限於個案蒐集之難度，

narrative? British Medical Journal, 318, 48-50. 12.Gordon, P., Tomasa, L., Kerwin, J. (2004, May). ACGME Outcomes Project: selling our expertise. Family Medicine. 36(3), 164-167. ; Halpem, J. (2007). Empathy and patient-physician conflicts. Journal of General Internal Medicine, 22, 696-700.14.Lee,F. Y., Yang, Y. Y., Hsu, H. C., Chuang, C. L.; Lee, W. S., Chang, C. C., Huang, C. C., Chen, J. W., Cheng, H. M., Jap, T. S. (2011, Nov 24). Clinical instructors' perception of a faculty development programme promoting postgraduate year-1 (PGY1) residents' ACGME six core competencies: a 2-year study. BMJ Open, 1(2), e000200. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000200. Print 2011.;Mangino, H.2014). Narrative medicine's role in raduate nursing curricula: finding and sharing wisdom through story. Creative Nursing, 20(3), 191-193.;Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Medical Teacher, 29, 48-654.

註31：Roger Fisher, William Ury & Bruce Patton著，劉慧玉譯（2013），《哈佛這樣教談判力（Getting to Yes）——增強優勢，談出利多人和的好結果》，第61頁，台北：遠流出版。

註32：陳榮基、謝啟瑞（1992），〈醫療對醫療成本之影響〉，《臺灣醫療糾紛的現況與處理（上）》，第69-80頁，臺北：健康世界。

註33：黃鈺嫻（2004），《我國婦產科醫療糾紛裁判之實證研究：理論與實務之探討》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文；鄭明輝（2004），《臺灣地區醫療糾紛刑事敗訴判決實證分析：一位臨床醫師的觀點》，長庚大學醫務管理學研究所碩士論文；林萍章（2005），《論醫療過失與刑事裁判》，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文；吳澤誠（2006），《從病患的觀點

大都以質化研究方法做深度訪談<sup>34</sup>，而此等質化研究，未區分病人之訴訟或訴訟外行為，並比較其差異，亦未討論醫療糾紛使用刑事訴訟處理之相關爭議，最近雖有學者針對病家方面為量化實證研究<sup>35</sup>，並觸及病人之訴訟或訴訟外行為，並比較其差異，討論醫療糾紛使用刑事訴訟處理之相關爭議，但僅係針對病家方面為量化研究，未能全面觀照。惟制定醫療糾紛處理政策時，除參酌原告病家、被告醫療院所意見外，如能參考處理醫療糾紛之司法官或調解委員等客觀第三人之見解時，當能全面觀照，擬訂出適合之ADR解決醫療糾紛政策。

本問卷之問卷方式，與前人所做病家組研究，僅係從身邊週遭朋友問卷所得不同，係以曾於法院訴訟之病家、被告醫師、醫療調解委員（含諮詢委員）及司法官作為問卷對象，其深刻之訴訟、調解或辦案經驗，當能得出適合之醫療調解模式為何？

## 二、研究方法與限制

本文參考四組受訪者之問卷調查，瞭解病家告醫師目的後，再就這些目的分析，以尋找合適之醫療調解模式。惟欲瞭解「醫師」之醫療糾紛經驗及想法，受訪者應找有實際處理醫療糾紛經驗之人作為研究主體，即病人／家屬、被告醫療院所／醫師，並輔以辦理醫療糾紛實務經驗之醫療調處／調解委員及司法官，其所累積實務經驗最能呈現出醫療糾紛之問題，惟此亦成為研究限制所在，因並非任何人發生醫療糾紛皆會尋求法律途徑解決，據統計僅約四分之一尋求法律途徑解決，尚有四分之三未尋求法律途徑解決，故該問卷抽樣樣本並非針對全體有醫療糾紛經驗之社會大眾為之。又原告病家、被告醫療院所／醫師立場不同，因而本文討論乃以「自身立場與角度」作為出發點。本文雖有上述之研究限制，惟於諸多醫療議題討論上，各研究主體看法趨於相同，故仍得作為以何種調解模式處理醫療糾紛之政策上參考。

探討引起醫療糾紛產生的原因與類型：以臺灣法院判決資料為基礎》，國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文；劉邦揚（2009），《我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究》，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文；劉邦揚（2011），〈我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000年至2010年〉，《科技法學評論》，8卷2期，第257-294頁；張耘慈（2010），《臺灣地方法院民事醫療糾紛判決之實證研究》，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文；方莉蒨（2010），《我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析：以臺北、士林、板橋地方法院為例》，國立政治大學法律與科技整合研究所碩士論文；吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基（2010），〈醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：臺灣醫療糾紛民國91年至96年訴訟案件分析〉，《臺灣醫學》，14卷4期，第359-369頁。

註34：邱懷萱（2001），《從醫療糾紛談臺灣病患權益》，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文；林東龍、彭武德、陳武宗（2009），〈「告」與「不告」之間——臺灣醫療糾紛病患及其家屬之行動分析〉，《長庚人文社會學報》，2卷1期，第165-199頁；劉斐文、邱清華、楊銘欽（1997），〈消費者基金會醫療爭議案件之分析研究〉，《中華衛誌》，16卷1期，第77-85頁；鄭志忠（2003），《醫療糾紛案件處理之探討：以臺灣醫療改革基金會收案對象為例》，臺北醫學醫務管理學研究所碩士論文。

註35：黃鈺嫻、楊秀儀（2015），〈病人為何要告醫師？以糾紛發動者為中心之法實證研究〉，《國立臺灣大學法學論叢》，44卷4期，第1845-1885頁。



本問卷不同早期以醫師經驗病家想法，乃筆者2於105年間任職於臺灣高等法院臺南分院時，針對病家提起醫療告訴或訴訟之原因、目的及醫療調解制度設計意見進行量化研究，合計回收原告病家33份、被告醫師56份、醫療調解委員168份、司法官64份，符合統計學上最低問卷份數之規定<sup>36</sup>。

本文研究主體係綜合各組作答，並從問卷中擇取與本研究主題相關之問題<sup>37</sup>，至於單獨主體之研究，如「司法官與醫療調解委員」部分，筆者1於論文<sup>38</sup>中已研究分析，而以「原告病家」為研究主體，筆者2曾為文討論過<sup>39</sup>，另以「被告醫師」為研究主體，筆者1、2亦為文討論過<sup>40</sup>。資料分析部分，本文綜合各組問卷結果為分析母體，即求得醫療真相、醫療賠償及要求醫師道歉，並將各組認為病家訴訟目的之各組看法進行次數分配所得百分

比分析，以表格方式呈現結果，就各組對於訴訟目的之看法亦整理成表格分析之。

## 肆、問卷結果分析

### 一、病人為何要告醫師

病人告醫師目的，依照各組別問卷結果，主要為以下三類<sup>41</sup>：求得醫療真相，其次為醫療賠償，再次為要醫師道歉。對此，由該4類受訪者對各題目敘述同意程度進行勾選，勾選方式主要採Likert scale的5分尺度〈5-point scale〉加以衡量，衡量方式為「很不同意」：1分、「不同意」：2分、「沒意見」：3分、「同意」：4分、「很同意」：5分（以下表格亦採此衡量方式）。

本問卷議題有7項<sup>42</sup>，爰就上述議題三、四、五問卷結果整理成表格，分析如下：

表3-1：病家訴求目的乃為求得醫療真相（總整理）

		病家訴求目的乃為求得醫療真相							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	0%	0%	14%	37%	2%	12%	0%	12%
	不同意	0%		23%		10%		12%	

註36：陳學德，前揭註16書，第50-53頁。

註37：本問卷設計係採結構式問卷設計、樣本收集、研究步驟與方法、研究限制等，請參見陳學德（2019），〈醫療調解模式之實證研究——以「病家為何告醫師」為中心〉，《月旦民商法雜誌》，第63期，第20-24頁。

註38：陳宜縱（2020），《醫療調解制度之實證研究——以「司法官及醫療調解委員」為中心》，東吳大學法律學系碩士論文，第8頁以下。

註39：陳學德，前揭註37文，第20頁以下。

註40：陳宜縱、陳學德，〈醫療調解模式之實證研究——以「被告醫師觀點」為中心〉，《司法周刊》，第2055、2056期，第3版。

註41：陳學德，前揭註16書，第53-54、108-109頁。

註42：本問卷題目有下列7項，1.為了求得事實真相。2.避免類似的不幸再發生。3.為了讓醫方道歉。4.要醫方賠償。5.懲罰做錯事的人。6.要醫方提供後續的照顧。7.病家訴求的目的是為了搜集證據，以利提起訴訟之用。詳陳學德，前揭註16書，第53-54、108-109頁。

沒意見 <sup>43</sup>	沒意見	15%	15%	23%	23%	26%	26%	19%	19%
肯定	同意	27%	85%	27%	40%	50%	62%	55%	69%
	非常同意	58%		13%		12%		14%	

表3-2：病家訴求目的乃為要醫療賠償（總整理）

		病家訴求目的乃為要醫療賠償							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	6%	9%	7%	7%	1%	4%	0%	2%
	不同意	3%		0%		3%		2%	
沒意見	沒意見	18%	18%	3%	3%	12%	12%	6%	6%
肯定	同意	33%	73%	29%	90%	50%	84%	62%	92%
	非常同意	40%		61%		34%		30%	

表3-3：病家訴求目的乃為要醫師道歉（總整理）

		病家訴求目的乃為要醫師道歉							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	3%	3%	9%	20%	2%	10%	2%	10%
	不同意	0%		11%		8%		8%	
沒意見	沒意見	21%	21%	27%	27%	33%	33%	28%	28%
肯定	同意	46%	76%	39%	53%	51%	57%	56%	62%
	非常同意	30%		14%		6%		6%	

依上結果，被告醫師、司法官、醫療調委組均認為病家訴訟主要目的係要醫方賠償，而司法官、醫療調委組則認為其次目的依序為，2.求得事實的真相，3.為了讓醫方道歉，4.懲罰做錯事的人，5.要醫方提供後續的照顧，6.避免類似的不幸再發生。此與病家訴訟目的主要係要「求得事實真相」具有高度近似性，至病家與被告醫師對病家其餘訴訟目的順序呈現完全相反之看法，應係立場不

同所致，惟參酌中立第三者司法官、醫療調委組客觀看法，可得出病家訴訟目的主要在「求得醫療真相」，其次為醫療賠償，再者為要醫師道歉，則調解時應於制度上配合此三項需求。是醫療調解時，應有醫療及法律專業調委告知當事人醫療真相及法律上權利，促進式調解無法達到此目標，而評價式調解，未能同理當事人主觀情緒，難期紛爭當事人能平心靜氣成立調解。

註43：本項沒意見，包含未填及沒意見之總和，以下均同。

二、病家對於醫療爭議處理之相關議題

五、六、九問卷整理結果如4-1~4-3所示：

本問卷議題有9項<sup>44</sup>，爰就本文有關之議題

表4-1：議題五（總整理）

		會告醫師是因為醫師發生事情後，態度不好。							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	0%	6%	21%	64%	1%	15%	0%	17%
	不同意	6%		43%		14%		17%	
沒意見	沒意見	15%	15%	25%	25%	23%	23%	28%	28%
肯定	同意	24%	79%	11%	11%	50%	62%	45%	55%
	非常同意	55%		0%		12%		10%	

表4-2：議題六（總整理）

		醫師只要誠實認錯，就不會告醫師。							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	6%	12%	37%	91%	13%	56%	6%	58%
	不同意	6%		54%		43%		52%	
沒意見	沒意見	33%	33%	7%	7%	28%	28%	24%	24%
肯定	同意	34%	55%	2%	2%	15%	16%	16%	18%
	非常同意	21%		0%		1%		2%	

表4-3：議題九（總整理）

		事故發生的第一時間，只要醫師誠實、協助善後並有負責誠意，就不告醫師。							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	0%	6%	32%	69%	3%	23%	2%	38%
	不同意	6%		37%		20%		36%	
沒意見	沒意見	12%	12%	13%	13%	36%	36%	34%	34%
肯定	同意	27%	82%	16%	18%	27%	41%	25%	28%
	非常同意	55%		2%		14%		3%	

註44：本項議題有：1.讓檢察官來調查，醫方比較願意和解賠償。2.讓檢察官來調查，有公權力，比較能知道真相。3.只要醫方願意賠償，沒有說出真相也無所謂。4.即使醫師有疏失，也不應該去坐牢。5.會告醫師是因為醫師發生事情後，態度不好。6.醫師只要誠實認錯，就不會告醫師。7.我認為醫師只要道歉，就不會告醫師。8.如何提起法律訴訟（告民事或刑事），主要是聽律師的建議。9.事故發生的第一時間，只要醫師誠實、協助善後並有負責誠意，就不告醫師。詳細問卷資料，參見陳學德，前揭註16書，第54-57、110-112頁。

依上結果，病家會告醫師是因為醫師發生事情後態度不好，病家組持肯定者達79%、調解委員組達62%及司法官組達55%，故醫療院所發生醫療爭議時採取隔離醫師與病人直接面對面商談，而由醫療院所公共關係科或社工背景人員出面協商，被告醫師與原告病家往往遲至法院訴訟時才會碰面，肇因於醫療院所往往認為原告病家係不理性所致，故基於上問卷結果，法院調解時，是否保有由被告醫師與原告病家直接溝通機會，或能化解部分醫療糾紛訴訟。

又病家會告醫師，依表4-1所示，係醫師發生事情後態度不好，病家組認同者達79%，調解委員組及司法官組亦高達62%、55%；而就是否不告醫師原因，依表4-2所示，如果醫師

認錯就不告醫師，病家與醫師組認同度均達50%以上，再依表4-3所示，病家肯認如醫師事發時協助事後照顧，就不告醫師比率更高達82%，另參照表5-1問卷結果，各組肯認醫師應本人出席，經由醫師親自說明醫療經過，感受醫師誠意，方能平心靜氣探討醫療真相為何，其比率均高達6成以上甚至85%，基此，法院調解時，被告醫師應親自出席與病家面對面真誠對話。

### 三、法院以調解處理醫療爭議之相關議題

本問卷議題有11項<sup>45</sup>，爰就其中議題四、五、十一問卷整理結果如5-1~5-3所示：

表5-1：議題四（總整理）

		醫療調解時，希望醫師本人出席，經由醫師親自說明醫療經過，感受醫師之誠意，方能平心靜氣探討醫療真相為何。							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	3%	3%	5%	23%	0%	5%	0%	9%
	不同意	0%		18%		5%		9%	
沒意見	沒意見	12%	12%	18%	18%	20%	20%	27%	27%
肯定	同意	49%	85%	38%	59%	51%	75%	47%	64%
	非常同意	36%		21%		24%		17%	

註45：本項議題有：1.向檢察官提出告訴或提起民事訴訟，能安排醫療調解，瞭解醫療真相，減少訴訟之時間拖延和金錢浪費。2.法院調解時，希望有公正醫療調解委員提供醫療意見，可以幫助發現醫療真相，才能有助於調解之成立。3.法院調解時，希望有法律調解委員提供法律意見，作為擬具調解方案之參考。4.醫療調解時，希望醫師本人出席，經由醫師親自說明醫療經過，感受醫師之誠意，方能平心靜氣探討醫療真相為何。5.醫療調解時，希望先有心理醫師或社工師或精神科醫師協助撫慰病人或家屬之情緒，才能理性探討醫療真相。6.醫療調解委員調解時，應提出醫療真相之書面資料，減少病人或家屬以「提出刑事告訴方式，追求醫療真相」之動機。7.如果醫療調解時，已經有鑑定報告，鑑定醫師沒有疏失，醫師仍要負道德責任，補償病人或家屬之精神折磨。8.醫療調解時，如果有醫療調解委員之醫療意見，不會想聲請衛生福利部醫事審議鑑定。9.您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員沒有告訴病人醫療真相，僅一味要求雙方以和為貴，各讓一步。10.您所參加之地方 / 高等法院（請填入單位名稱）調解，調解委員會先告訴病人醫療真相後，再勸諭雙方

表5-2：議題五（總整理）

		醫療調解時，希望先有心理醫師或社工師或精神科醫師協助撫慰病人或家屬之情緒，才能理性探討醫療真相。							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)(未詢問)		司法官 (n=64) (未詢問)	
否定	很不同意	3%	3%	0%	9%				
	不同意	0%		9%					
沒意見	沒意見	27%	27%	22%	22%				
肯定	同意	52%	70%	48%	69%				
	非常同意	18%		21%					

表5-3：議題十一（總整理）

		您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員會先平撫病人或家屬情緒後，再告訴病人醫療真相，才勸諭雙方調解。							
		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	21%	33%	2%	11%	1%	3%	0%	0%
	不同意	12%		9%		2%		0%	
沒意見	沒意見	55%	55%	66%	66%	47%	47%	81%	81%
肯定	同意	6%	12%	11%	23%	36%	50%	16%	19%
	非常同意	6%		12%		14%		3%	

依上結果，被告醫師組對於醫療調解時應安排醫療、法律專業調委及醫療調委應提出書面真相書面資料，而調解時應先有心理醫師或社工師或精神科醫師協助撫慰病家之情緒方能理性溝通，高居前五位。其中醫療調委應提出書面資料部分，104年版「醫療糾紛處理處理與醫療事故補償法」草案，明訂應於醫療調解時提出初步鑑定之書面資料相悖，110年版「醫療事故預防及爭議處理法」草案則仿韓國「醫療糾紛調解仲裁院」，由主管機關捐助設立專責醫療爭議評析及醫事專業諮詢，未如同104年版應提出初步鑑定之

書面資料，此與被告醫師組認應提出書面鑑定資料訴求相左，是日後上開捐助法人成立時，內部作業準則應明定為醫療評析時，須提出初步鑑定之書面資料，以符當事人上開探求醫療真相之目的，始能有利後續調解，而與德、美、日先進國家醫療調解「無真相、無調解」立法例相同！

復依表5-2問卷結果，病家或被告醫師組認同調解時應先有撫慰病家情緒制度，方能理性溝通，比率達7成左右，而現行各法院醫療調解時，先行心理撫慰機制比率，均在2成以下，病家組更認僅8%，基此，醫療調解時應

調解。11. 您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員會先平撫病人或家屬情緒後，再告訴病人醫療真相，才勸諭雙方調解。詳細問卷資料，詳陳學德，前揭註16書，第57-62、113-115頁。

先行對當事人進行情緒撫慰，應為當務之急。是以法院現行醫療調解模式，法律上係採「評價式調解」模式，僅能滿足病家醫療真相發現，未能滿足病家情緒撫慰之需求，參酌國內外經驗，究其原因係因現行醫療行為係採「實證醫學」(EBM)，醫師僅著重於生物性探知，未能注意病家在醫療過程中之情緒同理，因而宜採行敘事醫學(Narrative based medicine，簡稱為NBM)之「敘事型調解」模式<sup>46</sup>，亦即先同理、撫慰當事人情緒後，再探求客觀之醫療真相，實為正確之作法；因在醫療行為過程中，病家對於醫師以生物醫學或實證醫學之數據，作為醫療處置之依據，當醫療處置未能達到預期目標時，病家對於醫療行為過程中之反應，不為醫師接受，主觀上認為醫師有所隱瞞或有所疏失，此種主觀認知之結果，如未能予以理解疏導，難以期待與病家達成一致看法，進而成立調解，是談判雙方能否達成一致，在他方主觀需求是否得到滿足，而非客觀真相為何，此從病家對於醫療爭議處理的相關問題之問卷結果所示，病家會告醫師原因，依表4-1所示，主要是醫師態度不好(79%)，而依表4-3所示，事故發生之第一時間，只要醫師誠實、協助善後並有負責誠意，就不告醫師(82%)，更可窺見醫療爭議解決方案，最重要者是醫病能面對面真誠對話，而此目標需經由醫師出席調解或心理師等撫慰情緒後，方能重建醫病信賴關係。

現行醫療爭議發生後，醫療院所隔離醫病

接觸機會，法院未採取同理當事人情緒作法，均有待改進，從而現行醫療調解模式，是否應改行「敘事型調解」模式，實為未來應政策制訂時之重要方向。110年版「醫療事故預防及爭議處理法」草案，仿韓國醫療糾紛調停仲裁院設置，而於草案第4條明定中央主管機關應捐助委託政府捐助設立醫療評析機構，於第7條明定中央主管機關應編列預算，強化醫療機構關懷人員之說明、溝通、關懷訓練講習，均可為敘事型調解之配套措施。

另就臺中地院試辦醫療調解經驗顯示，依表1所載，早期有鑑定醫糾調解成立比率達69.3%，未鑑定者調解成立比率僅45.9%，近期調解比率雖下降，仍顯示有鑑定醫糾調解成立比率達32.26%，未鑑定者調解成立比率僅29.20%，亦得到同一結論，是以，鑑定先行再調解方向正確。

然醫師到場調解，表示誠意方式，因目前國內缺乏醫療強制責任險之機制，各醫療院所往往透過互助金方式為之，就責任分擔有一定比率，如未得醫療院所負責人同意，往往不能成立調解，縱各別醫療院所有購買醫療責任險，亦因保險公司往往等待法院判決確立被告醫師是否有責任後，再辦理理賠，無法如同德、美、日等外國法制，由保險公司組成醫療糾紛處理小組，小組成員包括醫療、法律專業人員，經由醫療調解委員確定醫療真相，於真相已明下，再由法律解委員解釋法律上權利義務，促成當事人調解，是現行醫療院所縱有購買醫療責任險，不似現

註46：建議採行敘事型調解模式，係因國內醫學院開始推廣敘事醫學，則採行敘事型調解模式，為醫護人員所熟悉，較易上手，容易達到調解解決醫療糾紛之目標。

行汽車強制險，有二級之行車事故責任鑑定機制，迅速判定責任，資為理賠之依據。依110年版「醫療事故預防及爭議處理法」草案第11條第1項規定「醫療機構達一定規模者，應為其所聘僱之醫事人員投保醫療業務責任保險、成立醫療責任基金或以其他方式提供相當之保障。」，即賦予醫療強制責任險法制化之依據<sup>47</sup>，已經為強制醫療責任之催生露出契機。

## 伍、結論

國外對於醫療糾紛原因，以實際有醫療糾紛經驗病家為中心之研究，發現醫病關係、第三人因素對於病人提告與否具有重要影響力，而病人或其家屬訴訟理由不外乎下列事項：損害賠償、說明真相、預防未來損害或要求醫護人員承擔責任，其中以維護醫療水準及醫師解釋是否明確為最重要理由<sup>48</sup>。此與前述表3-1～3-2問卷結果相同，顯示病患探求醫療真相，國內、外均同。

至哪些行為可預防訴訟之發生，國外統計發現37%要求醫方道歉或解釋，僅有14%要求醫師承認錯誤，顯示縱有設計良好補償制度，倘無法處理當事人情緒或回應其醫療資

訊，效果有限。又依紐西蘭2006年之研究顯示，病人訴求可分為經濟上與非經濟上賠償，而非經濟上賠償可細分為溝通、矯正與處罰，證實病人訴求目的並非僅有經濟上動機，尚有非經濟上動機<sup>49</sup>，與前述表5-2問卷結果相同。

而調解本質上係屬談判之一種，如未能處理病家主觀情緒，僅處理客觀事實之爭執，無異緣木求魚。是調解模式，採取「敘事型調解」模式，先同理當事人情緒，由當事人即病家與醫師直接對談，確保當事人「談話過程之保障」，同理當事人主觀情緒後，再滿足當事人醫療真相權利及有過錯者應道歉之病家需求，方能促成調解成立，修補醫病信賴關係。衛生福利部110年版「醫療事故預防及爭議處理法」草案（110年1月23日公告徵求各界意見中），第23條明定「調解會調解時，得邀請醫學、法律、心理、社會工作或其他相關專業人員列席陳述意見」，建議應改為「應邀請」而非「得邀請」，資以撫慰當事人情緒。

又依表1顯示，臺中地院調解成立比率逐年下降，推其原因係地方主管機關推行醫療調處制度及衛生福利部、法務部「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」<sup>50</sup>奏效，致進入法院之醫糾案件難度提高；再依表2所示，臺

註47：筆者認為，該條限於「達一定規模之醫療機構始有為所屬醫事人員投保醫療責任險」之規定過於狹礙，應加上醫療診所等級者，由轄區醫師公會為會員投保團體醫療責任險為宜。

註48：黃鈺嫻（2019），〈尋找法學實證的圖像——以醫療糾紛研究為例〉，《醫事法學》，24卷1期，第3頁。

註49：黃鈺嫻，同前註文，第3-5頁。

註50：衛生福利部與法務部於106年3月發布「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，制度設計係採臺中地院101年間架構雙調解委員、醫療諮詢委員而來，詳見陳怡成、鄭若瑟（2018），〈「醫療事故預防及爭議處理法」調解模式將遇到的挑戰〉，《全國律師》，22卷8期，第7頁。

中地院自104年後，常僅法律調解委員調解，形同單調解制度，致調解成立比率下降，此觀109年後恢復雙調委制度後，調解成立比率開始回升，印證醫療調解採雙調解委員制度為正確方向。而依表5-2所示，醫療調解時應先同理、撫慰當事人情緒，始能有效提高解立比率，是調解委員專業訓練或繼續進修，宜強化情緒撫慰功能為宜。是提高調解委員調解技巧，尤其是撫慰當事人主觀情緒為當務之急。

又外國調解人均以參與「調解人訓練」為主要資格要求，係認「調解」為一種專業技

術，透過調解訓練取得調解人資格，始能發揮調解之最大價值<sup>51</sup>，美國法要求調解人應受調解專業訓練達30小時以上，始能取得專業證照<sup>52</sup>，而我國目前家事調解委員遴選時要求需接受30小時（爾後每年需接受12小時進修教育）、勞動調解委員遴選時要求需接受12小時（爾後每年需接受6小時進修教育）專業訓練，體現此一趨勢，故而專業訓練時如能強化同理當事人課程之比重，始能發揮撫慰當事人情緒功能，當事人方能客觀討論事實真相，或能提升調解成立比率。

（投稿日期：2021年7月24日）

註51：如加拿大爭端解決中心之調解人選任原則暨標準、歐洲調解人行為規範及美國仲裁協會、美國律師協會等，詳見李紀宏，前揭註17書，第353-355頁。

註52：美國聯邦第九巡迴上訴法院資深法官John Clifford Wallace法官意見，前揭註20意見。