國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士論文

專科護理師從事醫療業務的法律爭議

Legal Disputes of Medical Practice Performed by Nurse Practitioners

國立政治大學
National Chengchi University

指導教授：李聖傑博士

研究生：陳修聖撰

中華民國一零六年六月

致謝

本人謹將此論文獻給國立政治大學法學院碩士在職專班與台北市立聯合醫院諸位耽於法律和醫學教育、孜孜不倦、無私奉獻的師長們，如果沒有諸位的指導，本論文幾無完成的可能。在研究過程中，承蒙我的指導教授李聖傑博士、許政賢博士，從研究題材的構思，研究方法的設計一直到論文的定稿付梓，全程給予鉅細靡遺的引領與指點，使我在研究過程中獲致突破，尤其要感謝您們時時的鼓舞與打氣，讓我在不順遂的時候，總能發揮臨門一腳的作用，讓我能夠克服瓶頸。

感謝國立政治大學法學院碩士在職專班提供臨床醫師良好的進修環境，國立政治大學法學院碩士在職專班教授們不吝給予指正，台北市立聯合醫院黃勝堅總院長，台北市立聯合醫院和平婦幼院區黃弘孟院長，國立陽明醫學大學邱文祥教授，國立台北護理健康大學童恒新教授，以及台北市立聯合醫院各級長官和泌尿科科內同仁的支持及研究所秘書陳竹君小姐的協助，使我的研究工作得以順利完成。

我更要感謝我的父母親，由於您們的鼓勵與精神支持，我才能完成學業。還要感謝我的妻子季怡，偏勞妳擔負寶貝兒子彥佑的教養工作，讓我毫無後顧之憂，感謝彥佑，由於你的砥礪，我才能全心全力完成國立政治大學法律院碩士在職專班的學業。

國立政治大學 National Chengchi University

中文摘要

目前在台灣，專科護理師參與醫療處置過程的一部分已經是一個必然的趨勢。雖然目前已針對專科護理師相關的法規做了修正，但是在實務上還是有許多需要克服的問題。修法後雖然對專科護理師的執業範圍包含非侵入性和侵入性醫療行為有了較明確的規範，專科護理師臨床執業面臨的困境還是存在。出現醫療爭議時，醫師、專科護理師、其他醫事人員及醫院的法律責任仍然有許多模糊地帶。專科護理師相關法規修法後，衛生局及醫療機構之因應準備仍有改善的空間。

本研究採用案例分析法依照案例事實、法院見解和爭點問題，討論一個發生在民國 95 年 12 月有關專科護理師與醫師的醫療爭議訴訟案件。本醫療糾紛個案是台灣專科護理師正式甄審後，發生的第一件專科護理師被起訴的醫療糾紛案件。

被告因業務過失致死案件，經檢察官提起公訴判決主文如下：主治醫師從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑壹年，減為有期徒刑陸月，緩刑貳年。專科護理師從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑陸月，減為有期徒刑參月，緩刑貳年。本案例經由臺灣臺北地方法院刑事判決 98 年度醫訴字第 6 號，臺灣高等法院刑事判決民國 100 年度醫上訴字第 7 號，目前檢察官上訴中。

台灣專科護理師法規未來修正的方向，需更進一步明訂專科護理師的執業範圍以符合法律明確性原則。醫師指示合法化，使醫療輔助行為之定義更明確。建立專科護理師專業能力標準與提升及評估專科護理師執業品質，加強專科護理師的訓練以及訂立專科護理師訓練醫院更完善的認證標準與訓練醫院評鑑制度。有關衛生福利部最近要制定的醫師助理法，其工作範圍與專科護理師有很多重疊之處，引進醫師助理可能造成的衝擊。制定合理的專科護理師的護病比，明定專科護理師是否可以值班?專科護理師是否可以採輪班，以符合勞基法一例一休的規定。我們仍然有很多可以改善的地方，希望有更明確的法律規範，讓合格的專科

國立政治大學 National Chengchi University

護理師加入醫療團隊的運作，提高專科護理師的專業能力藉以提升醫療服務品質。不要讓專科護理師面臨或甚至觸法的危險，最終有可能變成密醫，對於台灣的醫療會有很大的衝擊及影響。

國立政治大學
National Chengchi University

Abstract (英文摘要）

The participation of nurse practitioners in medical practice is a must in Taiwan now. Although amendment of law about the clinical practice for nurse practitioners was made, there are still some issues which should be further evaluated. The scope of medical practice for nurse practitioners includes invasive and non-invasive medical procedures, which were defined more clearly in the revised articles, but some ambiguous situations still persist. The juridical responsibility of doctors and nurse practitioners for medical disputes remains unclear. There is lots of space of improvement which bureau of Health and hospitals can do after the revision of related law for nurse practitioners.

The method of this research is a case study including case facts, the decision of the court and the issue of disputes. This is a medical dispute regarding doctors and a nurse practitioner, which occurred in December, 2006.This is the first medical dispute happening in Taiwan after the establishment of official examination for nurse practitioners.

The defendants were accused for guilty because of causing death of a patient due to professional negligence. The verdict of the superior criminal court in Taiwan in 2011 after public prosecution was as follows. The attending physician was sentenced for one year, reduced to six months and probated for 2 years because of causing death of a patient due to professional negligence. The nurse practitioner was sentenced for six months, reduced to three months and probated for 2 years because of causing death of a patient due to professional negligence.

The future amendment for the law regarding nurse practitioners is as follows: first, to enact the specific scope of medical practice for nurse practitioners according to the law; second, to legalize the directions from doctors; third, to specify the definition of

國立政治大學 National Chengchi University

assisted medical practice performed by nurse practitioners; fourth, to establish the standard for evaluating the ability of nurse practitioners; fifth, to elevate and evaluate the quality of medical service from nurse practitioners; sixth, how to strengthen the training programs of nurse practitioners, to build the verification standard of hospitals which can train nurse practitioners and improve the system of accreditation; seventh, to create rational ratio of nurse practitioners to patients; eighth, to clarify whether nurse practitioners can be on duty and in shifts in the hospital according to the law. In addition, the impact for nurse practitioners by introducing physician assistant to medical service suggested by Bureau of Health is high because there is lots of overlap of medical practice between the two professionals. We hope that the participation of verified nurse practitioners under the regulation of specific law can improve the quality of medical service, otherwise, we are afraid that nurse practitioners may break the law, become fake doctors and be sentenced, which will cause great impact and bad influence of medical service in Taiwan.

國立政治大學
National Chengchi University

目次　　頁次

致謝　一
中文摘要　二、三
英文摘要 (Abstract)　四、五
目錄　六
第一章　研究背景與動機　1
　第一節　前言　1-2
　第二節　台灣專科護理師制度的發展、甄審及執業現況　3-6
　第三節　研究方法　7
第二章　實務案例　8
　第一節　案例事實　8-11
　第二節　法院見解　11-13
　第三節　爭點問題整理與討論　13-38
第三章　台灣專科護理師執業範圍之法源依據　39
　第一節　專科護理師角色定位　39-44
　第二節　專科護理師執業範圍之行政指導函及相關函示　44-58
　第三節　專科護理師法規與制度　58-71
第四章　台灣專科護理師臨床執業法律責任之歸屬判斷　72
　第一節　專科護理師執業範圍包含非侵入性和侵入性醫療行為　72-85
　第二節　專科護理師臨床執業面臨的困境　85-95
　第三節　出現醫療爭議時，醫師、專科護理師及醫院的法律責任　96-137
　　第一款　行為分配刑事責任分析　96-116
　　第二款　共同侵權民事責任分析　116-137
　第四節　專科護理師法修法後衛生局及醫療機構之因應準備　138-142
第五章　台灣專科護理師法規未來修正的方向與提升專科護理師服務品質　143
　第一節　明訂專科護理師執業範圍以符合法律明確性原則　143-152
　第二節　醫師指示下執行醫療輔助行為之定義明確性　153-160
　第三節　建立專科護理師專業能力標準與提升及評估專科護理師執業品質　160-167
　第四節　如何加強專科護理師的訓練與制定專科護理師訓練醫院認證標準　167-176
第六章　結論與建議　177-178
專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目修正對照表　179-180
專科護理師進階制度附表　181-185
參考文獻　186-197

第一章　研究背景與動機

第一節 前言

台灣全民健康保險給付制度的實施改變了我國醫師選擇執業科別的意願，再加上醫療糾紛頻傳，病人及親戚朋友對醫療服務的高度期待，愈來愈多年輕的住院醫師不願意投入內科、外科、婦產科、兒科、急診科等高風險的科別，造成這傳統五大科成為五大皆空。有限的醫療資源影響了醫療行為，導致保守性醫療的出現，甚至改變了醫院的經營模式，造成臺灣整個醫療生態丕變。為了維持醫療生態平衡與兼顧一般民眾的健康，各醫院在病人醫療需求以及主治醫師的期望和考量成本效益下，以成本較低且熟悉醫療作業與流程的護理專業人員，取代原本較高成本的醫師人力，執行部分醫療專業工作，專科護理師的角色逐漸由傳統的護理照護，擴展成為協助醫師執行醫療行為的醫療照護者。

台灣專科護理師緣起是從民國 87 年衛生署護理諮詢委員會決議，由台灣護理學會籌組「甄審」委員會，並提供甄審辦法草案。民國 88 年衛生署護理諮詢委員會決議由台灣護理學會提出「醫學中心代訓專科護理師」草案。民國 89 年 4 月 25 日行政院衛生署衛署醫字第 89015237 號函: 衛生署部分補助台灣護理學會辦理「專科護理師培育訓練計畫」，共有 89 名護理師完成專科護理師之訓練。國家衛生研究院成立專責小組，並召開「專科護理師制度研議座談會」。民國 90 年國家衛生研究院成立專責小組，並召開「專科護理師制度研議座談會」自民國 88 年開始至民國 91 年 12 月國家衛生研究院論壇「醫事人員培育及醫療制度研議案」之「專科護理師培育專責小組」，完成「專科護理師培育計畫暨執業規範建議書」，召開「專科護理師培育研議座談會」，民國 92 年 7 月向衛生署正式提交一份我國專科護理師培育計畫暨執業規範建議書，該建議書將「專科護理師」定位為：專科護理師係由機構聘請之執業進階護理師，其主要任務在於與醫師共同提供連續性及整合性的護理與醫療照護。

「專科護理師之執業範圍」，台灣專科護理師學會於民國 98 年 4 月 25 日訂定

「專科護理師」是進階執業護理師，除需具備至少三年之臨床實務經驗外，需再經過標準課程和臨床實務的培訓，且需通過衛生福利部「專科護理師」甄審，取得「專科護理師」證照之後，經醫療機構聘請，與醫師共同提供連續性、整合性的醫療和護理服務。「專科護理師」提供以病人為中心的照護服務，其主要之角色與功能，包括：病人直接健康照護、護理指導與衛生教育、醫療照護之協調和醫療照護品質監測。「專科護理師」除了運用專業知識及深入性的思考進行病人健康問題之鑑別診斷，並協助病人健康管理，其執業範圍如下：

一、病人健康問題之鑑別診斷、處置及評值。

二、執行病人完整的身體理學檢查及病史查詢。

三、記錄病人病情及各項檢查、檢驗結果。

四、執行病人及家屬有關醫學與護理之諮詢，及病情之說明。

五、提供病人健康促進和疾病預防之相關照護服務。

六、提供醫療團隊成員相關之指導，協調各專業領域成員，以提供病人個別性、持續性及完整性的醫療照護。

七、在醫師指示下，得開立檢驗、檢查申請單，但該檢驗、檢查申請單上需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於 24 小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立檢驗、檢查單。在醫師指示下，得開立領藥單，但該領藥單上需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於 24 小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立藥物處方箋。其他經中央衛生主管機關認定，宜由「專科護理師」執行之醫療輔助行為，「專科護理師」執行的輔助行為應經過適當的訓練。上述「專科護理師」執業範圍，應在各醫院成立之「專科護理師培訓計劃暨執業規範專責委員會」制訂，認可後執行。依護理人員法規定，專科護理師之業務範圍與護理人員並無不同，現階段專科護理師定位為進階護理師，護理專業能力之進階認定專科護理師 (Nurse Practitioner, NP)的定義：係由進階護理師與醫師共同提供連續性及整合性的護理與醫療照護。但是有關專科護理師

國立政治大學 National Chengchi University

執行醫療業務時應注意的行為規範過去的文獻討論也比較少。

第二節 台灣專科護理師制度的發展

美國為了抑制醫療費用的高漲，很早就引進專科護理師 (NP)制度，不過與台灣有點不同。主要差別是美國的專科護理師是碩士學位，而且在某些項目可以獨立行使醫療行為。可是產生的醫療爭議案件也愈來愈多，因此如何解決這個問題也引起很多的討論。專科護理師國際相關名詞包括進階護理師、臨床護理專家和醫師助理。衛生福利部表示，醫師臨床助理制度於國外已推行多年，雖與專科護理師之醫療業務有部份重疊之處，然兩者均扮演臨床上重要的照護角色，彼此應可相輔相成，少有衝突，但是目前在台灣還是有不同的意見。台灣從民國 94 年制定內科及外科專科護理師甄審原則暨相關規定，包括內科及外科專科護理師訓練課程綱要以及內科專科護理師訓練醫院認定基準。依照衛署醫字第 0940219048 號令發布「內科及外科專科護理師訓練課程綱要」，衛署醫字第 0940219050 號令發布「內科專科護理師訓練醫院認定基準」及「外科專科護理師訓練醫院認定基準」，來執行相關業務。

非領有護理師或護士證書者，不得使用護理師或護士名稱，非領有專科護理師證書者，不得使用專科護理師名稱。專科護理師名稱、定位、取得條件依據護理人員法第 7 條第 2 項（民國 89 年 11 月修正），護理人員法第 7 條之 1（民國 89 年 11 月增訂）之規定。護理師經完成專科護理師訓練，並中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科護理師證書，領有護理師證書並完成相關專科護理師訓練者，均得參加各該專科護理師之甄審。專科護理師之分科及甄審辦法，由中央衛生主管機關定之。

民國 103 年 8 月 20 日修法前，民國 96 年專科護理師執業範圍公告 (民國 96 年 6 月 20 日衛署照字第 0962801033 號函)，其內容包括: 住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問，記錄住院病人病情及各項檢查、檢驗結果。處理住院病人及其家屬醫學諮詢及病情說明。在醫囑或醫師指示下，得開立檢驗、檢查申請單，但該檢驗、檢查申請單需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於 24 小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立檢驗、檢查單。在醫囑或醫師指示下，得開立領藥單，但該領藥單上需註明指示醫師之姓名及時間，該

指示醫師並應於 24 小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立處方箋。此外其他經中央衛生主管機關認定宜由專科護理師執行之醫療輔助行為，專科護理師也可依照規定執行。上述執業內容，應在醫院成立專科護理師執業委員會制定臨床護理準則 (Clinical nursing guideline)或臨床護理路徑 (Clinical nursing pathway) 後執行。

民國 94 年 12 月到 95 年 6 月完成第一屆內科及外科專科護理師甄審及指導者的培育與養成。國家衛生研究院接受衛生署委託辦理「95 年度內科及外科專科護理師甄審及指導者培育」一共完成 97 位「專科護理師臨床指導員」學員的培訓，其中「醫師學員」為 33 名，「護理師學員」為 64 名。依據民國 98 年 5 月 6 日行政院衛署照字第 0982860130 號函制定專科護理師訓練規範之標準課程及補強課程項目。為了達到訓練內容標準之一致性，規劃訓練課程內容 (包括培訓資格、教學目標、課程單元、時數、內容大綱、評值方法及培訓課程教師資格建議等)；同時為避免護理人員接受重複訓練，依專科護理師分科甄審辦法第十九條第一項第二款完成「內、外科專科護理師指導者訓練規範表」完成訓練並領有證明文件者，建議參與補修課程。

民國 100 年起進行專科護理師培訓醫院實地訪視。衛生福利部為促進專科護理師培訓與執業環境品質，配合民國 101 年內、外科專科護理師訓練醫院認定試評作業納入民國 100 年度「衛生醫療業務聯合訪視」的第三類「專科醫事人員訓練醫院聯合訪視」，於民國 100 年先以實地訪視試評方式辦理，並自民國 101 年起以實地訪視方式及書面審查方式辦理訓練醫院認定作業。民國 102 年度起以實地訪視方式，並納入衛生福利部聯合訪視作業。目前具有符合訓練醫院資格計有 100 家醫院。民國 100 年 03 月 30 日衛署照字第 1002860850 號函依公告辦理內科 (兒科組及精神科組)專科護理師訓練課程。民國 101 年 12 月 20 日行政院衛署照字第 1012864848 號函，依據民國 101 年專科護理師諮詢委員會第 1 次會議決議，公告辦理外科（婦產科組)專科護理師訓練課程[1]。

[1] 台灣專科護理師學會網站，專科護理師發展史，http://www.tnpa.org.tw; 邱慧洳，蔡秀鸞，童恆新，專科護理師的新時代，護理雜誌，2017 年，64(1)，頁 11–16。

專科護理師甄審考試第一屆甄審: 筆試於民國 94 年 12 月 30 日舉行，口試於民國 96 年 4 月 15 日舉行，開始分內科及外科。

報名人數：1662 人；及格人數：582 人 (及格率: 35.0%)

第二屆甄審:筆試於民國 96 年 12 月 29 日舉行,口試於民國 97 年 4 月 13 日舉行。

報名人數：2081 人；及格人數：857 人 (及格率: 41.2%)

第三屆甄審:筆試於民國 97 年 12 月 27 日舉行,口試於民國 98 年 4 月 12 日舉行。

報名人數：1922 人；及格人數：497 人 (及格率: 25.9%)

第四屆甄審:筆試於民國 99 年 6 月 12 日舉行,口試於民國 99 年 8 月 29 日舉行。

報名人數：1567 人；及格人數：628 人 (及格率: 40.1%)

第五屆甄審:筆試於民國 100 年 6 月 25 日舉行,口試於民國 100 年 9 月 4 日舉行。

報名人數：1462 人；及格人數：354 人 (及格率: 24.2%)

第六屆甄審:筆試於民國 101 年 6 月 30 日舉行,口試於民國 101 年 9 月 9 日舉行。開始分內科(一般內科組、兒科組、精神科組)及外科。

報名人數：1705 人；及格人數：810 人 (及格率:47.5%)

第七屆甄審:筆試於民國 102 年 7 月 6 日舉行，口試於民國 102 年 9 月 7-8 日舉行。開始分內科(一般內科組、兒科組、精神科組)及外科(一般外科組)、婦產科組。

報名人數：1640 人；及格人數：736 人 (及格率: 44.9%)

第八屆甄審:筆試於民國 103 年 6 月 14 日舉行，口試於民國 103 年 8 月 30-31 日舉行。

報名人數：1297 人；及格人數：562 人 (及格率: 43.3%)

第九屆甄審:筆試於民國 104 年 6 月 13 日舉行，口試於民國 104 年 9 月 4-6 日舉行。

報名人數：1033 人；及格人數：676 人 (及格率: 65.4 %)

第十屆甄審:筆試於民國 105 年 6 月 18 日舉行，口試於民國 105 年 9 月 12-14 日舉行。

國立政治大學 National Chengchi University

報名人數：990 人；及格人數：712 人 (及格率: 71.9%)

民國 103 年 8 月 20 日修法後護理人員法第 24 條修正條文內容:

第二十四條: 護理人員之業務如下：

一、健康問題之護理評估。

二、預防保健之護理措施。

三、護理指導及諮詢。

四、醫療輔助行為。

前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除執行第一項業務外，並於醫師監督下得執行醫療業務。前項所稱醫師監督下執行之醫療業務，由中央主管機關另以辦法訂定之。護理人員法第 24 條條文修正業於民國 103 年 8 月 5 日立法院三讀通過，並奉總統民國 103 年 8 月 20 日總一義字第 10300123091 號令公告在案。之後再委託民間團體，並召集醫師團體、醫院管理團體、護理團體經 5 次工作小組討論，3 次說明會，於民國 104 年 5、6 月再由本部召開 4 次討論會，初稿終獲共識，於民國 104 年 7 月 19 日完成預告程序，民國 104 年 9 月 4 日經本部法規會審議通過，已於民國 104 年 10 月 19 日公告，將自民國 105 年 1 月 1 日施行。專科護理師是台灣護理界唯一具有國家證照之進階護理師，大部分專科護理師在急性醫療機構服務，與醫師共同提供病人醫療與護理之整合性照護業務。臨床上專科護理師主要直接照護與教育病人，並負責照護協調與照護品質管控等工作[2]。

---

[2] 邱慧洳，註 1 文; 蔡秀鸞，邱慧洳，專科護理師之執業現況與困境，醫療品質雜誌，2014 年，8(1)，頁 24–32; Kleinpell, RM, Hravnak M, Magdic KS, & Guttendorf J. The acute care nurse practitioner. In A. B. Harmric, C.M. Hanson, M. F. Tracy, & E. T. O'Grady (Eds), advanced practice nursing: An integrative approach (5th eds., pp. 429–425). St Louis, MO: Elsevier.台灣專科護理師學會網站，專科護理師執行醫療業務辦法，http://www.tnpa.org.tw。

第三節 研究方法

本研究採用案例分析法。依照案例事實、法院見解和爭點問題，討論一個發生在民國95年12月有關專科護理師與兩位主治醫師治療的病患最後導致死亡的醫療爭議訴訟案件。專科護理師甄審考試第一屆甄審筆試於民國94年12月30日舉行，口試於民國96年4月15日舉行。所以本醫療糾紛個案是台灣專科護理師正式甄審後發生的第一件專科護理師被起訴的醫療糾紛案件。本案例經由臺灣臺北地方法院刑事判決98年度醫訴字第6號，臺灣高等法院刑事判決民國100年度醫上訴字第7號，檢察官認為專科護理師與兩位主治醫師都觸犯業務過失致死罪，但臺灣高等法院刑事判決專科護理師與其中一位主治醫師觸犯業務過失致死，另一位負責值班的主治醫師無罪，所以目前檢察官對專科護理師與兩位主治醫師都觸犯業務過失致死罪上訴中。藉由本案例分析討論專科護理師如何在醫師指示下執行醫療業務，專科護理師執業輔助醫療業務範圍包含非侵入性和侵入性醫療行為，專科護理師值班的問題，專科護理與醫師助理之間的問題，專科護理師臨床執業面臨的困境以及出現醫療爭議時，醫師、專科護理師及醫院的法律責任。主治醫師甲跟專科護理師乙是否屬於垂直分工，有沒有信賴原則的適用。主治醫師丙跟專科護理師乙是否屬於垂直分工，有沒有信賴原則的適用。主治醫師甲跟主治醫師丙是否屬於平行分工，有沒有信賴原則的適用。還有探討專科護理師相關法規未來修改的方向以及引進醫師助理對專科護理師臨床執業的衝擊。

國立政治大學 National Chengchi University

第二章　實務案例

第一節 案例事實

病人 A 先生於民國 95 年 12 月 2 日早上 7 點主述因為腹痛到和平醫院急診之後建議住院治療。當日下午 2 點 30 分經過腹部超音波的檢查診斷為膽結石合併膽囊炎。病房負責照護病人 A 先生的護理師先後於當日下午 3 時許、7 時許、8 時許、11 時 10 分許、翌日凌晨零時 30 分許、1 時 30 分許、2 時許，一再轉知專科護理師乙，告知病人 A 先生抱怨有持續腹痛難忍，並出現呻吟，不斷要求施打止痛藥來減輕腹部疼痛。於民國 95 年 12 月 2 日下午 8 時許，病房護理師更轉知專科護理師乙，陪病家屬發現病人 A 先生有嘔吐現象，並出現紅色嘔吐物之情況。量測生命跡象，血壓高達 201/81mmHg、脈搏 81 次/分，專科護理師乙雖曾前往診視，但除給予止痛針劑，並要求陪病家屬留嘔吐物檢體外，亦均未主動將這段期間發生的情況通知主治醫師甲。民國 95 年 12 月 3 日上午 1 時 30 分更逕行決定對病人 A 先生施以鼻胃管放置,引流出胃內大約 150cc 咖啡色液體，也未將此狀況告知主治醫師甲。民國 95 年 12 月 3 日上午 3 時 25 分病人 A 先生又再度腹痛難忍、煩躁不安，並自病床滑落到地面，出現意識不清，解出大量血便及黑便，專科護理師乙才知道事態嚴重，趕緊通知當日在加護病房值班醫師丙前來支援，並立即通知主治醫師甲到院急救，民國 95 年 12 月 3 日上午 10 時 50 分因主動脈瘤破裂出血合併心包囊阻塞死亡，宣告急救無效死亡。

主治醫師甲、專科護理師乙、主治醫師丙是否成立業務過失致死罪?甲為病人 A 先生的主治醫師同時也是內科及消化內科的專科醫師、乙為內科專科護理師、丙為當天加護病房值班主治醫師，同時也是內科及感染科的專科醫師。主治醫師甲是消化內科專科醫師,除其身為消化內科專科醫師應注意之診查與探視以外，亦應仔細判讀病人 A 先生之各項檢查報告並整理觀察，以排除其他病因，作正確診斷與治療。然竟忽視病人 A 先生於急診後，於民國 95 年 12 月 2 日下午 1 時許測得生命跡象: 血壓為 198/78mmHg、心跳 84 次/分、呼吸 18 次/分、

體溫 36.6℃。初步心電圖檢查顯示有第 V3 導程 Q 波過大，第 V4、V5、V6 導程 R 波過大及 T 波倒置,根據心電圖檢查顯示有左心室肥大及心肌缺血之可能。胸部 X 光檢查顯示心臟輕度擴大，主動脈弓略大，雖尚未達 4 公分，上縱膈亦未見變寬之現象，但尚不能完全排除心臟血管疾病之可能性。

但主治醫師甲除於當日民國 95 年 12 月 2 日下午 2 時 30 分許至病房診視 A 先生後，即未就心臟血管疾病部分為相關之醫療、觀察，亦未再主動關懷及注意 A 先生病況之變化，且雖明知夜間 A 先生所在之 B9 病房，當天夜間僅有專科護理師乙值班，並無醫師第一線值班之情形，亦僅向專科護理師乙說明為病患 A 先生之交接，診斷為膽結石合併急性膽囊炎，而未主動關懷、注意或詢問專科護理師乙關於 A 先生接受其有關膽結石合併急性膽囊炎的醫囑治療之後續病況，任由 A 先生病情持續變化及惡化。專科護理師乙於下午五點接班後，除了依照主治醫師甲之醫囑為病患護理及輔助醫療，對於負責照護病患 A 先生的護理師先後於民國 95 年 12 月 2 日下午 2 時起,一再轉知其 A 先生有持續難忍的腹痛，並且出現呻吟，不斷要求施打止痛藥來減輕腹部疼痛之情況，及於民國 95 年 12 月 2 日下午 8 時許,病房護理師更轉知陪病家屬發現病人主訴有嘔吐出咖啡色液體之情況，量測生命徵象結果，血壓值高達 201/81mmHg、脈搏 81 次/分之情況下，專科護理師乙雖曾前往診視 A 先生，但除繼續依照主治醫師甲之醫囑給予止痛藥針劑，並要求家屬留紅色嘔吐物檢體之外，亦均未主動將上情通知主治醫師甲。翌日民國 95 年 12 月 3 日上午 1 時 30 分許，更逕行決定對 A 先生施以鼻胃管放置，引流出胃內大約 150cc 咖啡色液體，亦未告知主治醫師甲，以致於主治醫師甲未能即時依病情發展與變化而可能請求會診心臟內科醫師,導致未能及時診斷 A 先生之真正病因為主動脈瘤破裂出血，因此未能給予控制血壓、安排適當之會診及緊急心臟外科手術治療,延遲病人之正確治療時間以及延遲正確之治療。當日值班主治醫師丙係民國 95 年 12 月 2 日第一線 A 班值班 (加護病房) 的醫師，竟未能善盡 A 班值班醫師之職責，主動瞭解內科系醫療部 A9 及 B9 病

房住院中患者的病況。導致值班醫師丙均未能及時發現病人 A 先生真正病因為主動脈剝離性動脈瘤破裂出血，延遲病人之正確治療時間及延遲適當之治療。

當事人抗辯的部分，主治醫師甲表示專科護理師乙在值班期間，均未通知我病人 A 先生之病情有變化，我不知病人 A 先生曾在民國 95 年 12 月 2 日晚上 8 時許有嘔吐出咖啡色液體以及持續腹痛之情況，我也沒有口頭醫囑指示專科護理師乙進行鼻胃管的放置。專科護理師乙表示主治醫師甲民國 95 年 12 月 2 日下午查房，當時告訴我病人 A 先生診斷為膽結石合併急性膽囊炎，並口頭醫囑要注意的事項包括禁食、給靜脈注射抗生素。主治醫師甲跟我說如果病人 A 先生晚上肚子痛沒有改善，要放置鼻胃管以及隔天安排胃鏡檢查，專科護理師乙是依照當時主治醫師查房的口頭醫囑，去照顧與治療病人 A 先生。專科護理師乙認為該病人 A 先生之病情在她值班期間並無變化，因此無須通知主治醫師甲。主治醫師丙表示依照值班規定，當日我 (主治醫師丙)是第一線值班人員，負責加護病房及呼吸照護中心，病人 A 先生所在的 B9 病房，不是我的值班區域，該區域是由專科護理師即被告乙來負責照護，專科護理師乙是在主治醫師甲之概括授權包括口頭醫囑下所為之醫療行為。但若有緊急狀況時，第一線值班人員應前往支援，我在接到專科護理師乙之緊急通知後，立即前往支援急救病人 A 先生，也沒有延誤。

民國96年一月九日記者劉榮、林相美／台北報導: 台北市立聯合醫院日前傳出重大疏失，一名病患在夜間病況惡化，卻由專科護理師 (乙)進行急救插管，沒有醫師在場，醫師 (主治醫師丙)趕到時已經回天乏術，家屬昨天控訴和平院區草菅人命。在各方不斷關切下，台北市衛生局長宋晏仁昨天拉高分貝，痛斥聯合醫院和平院區管理不周，也直指當天值班醫師林榮弟 (主治醫師丙)不負責任，領了值班費卻不願承擔責任，政風室將朝貪瀆的方向調查，而衛生局也不排除有第二波懲處名單。宋晏仁表示，聯合醫院其他院區雖有僱用專科護理師，但均未讓其值夜班，而和平院區卻讓專科護理師值夜班，管理顯然有疏失。另外，林榮

國立政治大學 National Chengchi University

弟 (主治醫師丙)當天是值班醫師，領了值班費，卻不願承擔責任，專科護理師乙僅從事醫療輔助行為，責任仍應由值班醫師扛起，林榮弟（主治醫師丙)的態度有必要追究。對此，記者昨天無法聯絡上林榮弟醫師。

市醫和平院區醫務長黃蓮奇昨天仍堅稱,醫院當時有值班醫師（主治醫師丙）在場，但為何一直等到病患大量內出血，醫師才出現？仍需由醫療品質委員會調查，他並以全案已進入司法程序，迴避說明細節。四十歲的夏姓病患，去年十二月二日上午，住進和平院區，由王姓醫師（主治醫師甲)診斷為膽結石合併急性膽囊炎，三日凌晨大量出血休克，由護理師為患者緊急插管，多位家屬指控，當時沒有醫師在場。台北市議員簡余晏昨天陪同病患家屬召開記者會，控訴聯合醫院心態官僚，此外多位和平院區的離職醫護日前也曾證實，該院內從民國九十三年起，即長期由專科護理師取代醫師，在夜間病房值班，院內醫師也曾提供兩種版本值班表給媒體，護理師代班代出大白鯊，是遲早的事！夏太太哭訴說，先生第一次住院，沒想到從此天人永隔，留下兩個小孩。死者大嫂謝小姐表示，人死了一個多月，院方送了二千二百元的奠儀，連一句道歉也沒有，真是官僚殺人！

第二節 法院見解

上列被告包括主治醫師甲、專科護理師乙、主治醫師丙因業務過失致死案件，經檢察官提起公訴（97 年度偵字第 19281 號）及移送併案審理（98 年度偵字第 14025 號)，本院判決主文如下：主治醫師甲從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑壹年，減為有期徒刑陸月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日。緩刑貳年。專科護理師乙從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑陸月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日，減為有期徒刑參月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日。緩刑貳年。主治醫師丙無罪。

上列上訴人等因被告等業務過失致死案件，不服臺灣臺北地方法院 98 年度醫訴字第 6 號，中華民國 100 年 7 月 7 日第一審判決（起訴案號：臺灣臺北地方

法院檢察署 97 年度偵字第 19281 號及移送併案號 98 年度偵字第 14025 號），提起上訴，本院判決主文如下：上訴駁回。

主治醫師甲身為醫師，竟然 1. 未詳判 A 先生之檢查紀錄，2. 亦未安排適當之檢查，3. 對腹痛而前來求診之病人 A 先生漠不關心。乙僅為專科護理師，對於病人 A 先生之病情變化，自應詳實告知主治醫師甲，由主治醫師甲判讀如何處置，其竟未將病人 A 先生之病情變化，如實通知主治醫師甲，兩人即主治醫師甲和專科護理師乙以各因消極不為必要作為之過失，導致病人 A 先生無法及時獲得正確且必要之醫療治療，各係犯刑法第 276 條第 2 項之業務過失致死罪。主治醫師甲處有期徒刑 1 年，減為有期徒刑 6 月，如易科罰金，以新臺幣 1000 元折算 1 日。緩刑 2 年。專科護理師乙處有期徒刑 6 月，減為有期徒刑 3 月，如易科罰金，以新臺幣 1000 折算 1 日。緩刑 2 年。

依值班規定，病人 A 先生所在之 B9 病房，並不屬於值班醫師丙應主動巡房值班的病房，其僅有於接受專科護理師乙緊急通知之後才被動支援義務。值班醫師丙在民國 95 年 12 月 3 日 3 時 25 分許，接獲專科護理師乙之通知前，完全不知病人 A 先生有何應予緊急支援或急救之情事，其在未接獲通知前未前往診視病人 A 先生，亦未對病人 A 先生進行醫療作為，係合醫師值班規定。專科護理師乙於民國 95 年 12 月 3 日 3 時 25 分許，通知值班醫師丙前來支援，值班醫師丙於當日 3 時 30 分許即已抵 B9 病房，為病人 A 先生進行心肺復甦術 (CPR)等急救措施，並無延誤急救。所以丙無罪。

檢察官上訴意旨：和平醫院從民國 93 年間起，即有安排護理師擔任病房值班。值班醫師丙顯然應知:

一、主治醫師甲將病人交予值班護理師乙之情形不合理。

二、主治醫師甲不會主動查詢非其值班範圍病房之病人的病情變化。

三、值班專科護理師乙又可能因害怕遭主治醫師甲或丙的責罵，也不敢通知主治醫師有關病人 A 先生之病情變化，無疑是將病人 A 先生置於無任何醫師照護而

任其自生自滅之境地。惟值班醫師丙仍未主動巡視病房，或積極向值班專科護理師乙探詢病人病情有無變化，導致專科護理師乙在孤立無援之情形下擅為不足之醫療行為，延誤即時救治之時機，終使病人 A 先生因而死亡，難謂值班醫師丙之不作為無任何過失可言。

第三節 爭點問題

法官針對主治醫師甲身為主治醫師，竟然 1. 未詳判病人 A 先生之檢查紀錄，2. 亦未安排適當之檢查，3. 對腹痛而前來求診之病人 A 先生漠不關心。因消極不為必要作為之過失，導致病人 A 先生無法及時獲得正確且必要之醫療治療，係犯刑法第 276 條第 2 項之業務過失致死罪。病人 A 先生死亡的解剖病理報告為主動脈剝離性動脈瘤破裂出血與原先的診斷膽結石合併急性膽囊炎差別很大。有關未詳判病人 A 先生之檢查紀錄的部分，實際情形是主治醫師甲有親自診視病人，而且根據各種檢查，包括詳細的理學檢查和腹部超音波，結果做出膽結石合併急性膽囊炎的初步診斷。有關膽結石合併急性膽囊炎和主動脈剝離性動脈瘤破裂出血兩個疾病的症狀，診斷，治療與預後分別陳述如下:

有關主動脈瘤合併主動脈剝離又翻譯為「主動脈夾層」或「心血管動脈撕裂」，是指主動脈內膜撕裂導致血液通過內膜的破口流入主動脈壁各層之間形成剝離的血腫，迫使主動脈壁各層分開[3]。主動脈剝離是一種非常危險的急性疾病，即使及時進行積極的手術治療，仍然可能快速致死。如果主動脈剝離完全撕裂，將會迅速大規模失血，導致循環衰竭休克而立刻死亡。主動脈剝離破裂的死亡率高達 80%，有 50%的病人甚至還沒來得及到達醫院就已經死亡。

[3]Diseases and Conditions at Mount Sinai Hospital，https://www.mountsinai.org。

因此如果主動脈剝離程度達到 6 厘米 (cm)，患者必須採取緊急手術治療[4]。目前對主動脈瘤合併剝離有幾種不同的分型方法。臨床上應用的比較多的是 DeBakey 分型和 Stanford 分型。DeBakey 分型的依據是主動脈剝離撕裂的位置和剝離擴展的情況[5]。

Ⅰ型：胸主動脈剝離起源於升主動脈並向遠端延伸，至少擴及到主動脈弓；

II 型：胸主動脈剝離起源並局限於升主動脈；

III 型：胸主動脈剝離起源於降主動脈，很少向近端延伸，但可能會擴及血管遠端。其中向下未擴及腹主動脈的稱為稱為 IIIA 型，擴及腹主動脈的稱為 IIIB 型。

Stanford 分型將主動脈剝離分為 A、B 兩型，分型的依據是是否擴及升主動脈[6]。A 型：主動脈剝離擴及升主動脈和/或主動脈弓，降主動脈也有可能擴及。內膜撕裂起源於升主動脈，主動脈弓，或者降主動脈（比較少見）[7]。

---

[4]Isselbacher, EM; Eagle KA, Zipes DP, et al. Diseases of the aorta. Braunwald. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine 5th. Philadelphia: WB Saunders. 1997: 1546–81. ISBN 0721656633.

[5]DeBakey ME, Henly WS, Cooley DA, Morris GC Jr, Crawford ES, Beall AC Jr. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. J Thorac Cardiovasc Surg. 1965-01, 49: 130–49. PMID 14261867.

[6]Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, Wuerflein RD, Shumway NE. Managementof acute aortic dissections. Ann Thorac Surg. 1970-09, 10 (3): 237–47. doi:10.1016/S0003-4975(10)65594-4. PMID 5458238.

[7]University of Ottawa: Meds 2008 > Surgery Objectives;

https://www. Ottawaheart.ca/clinical-department/cardicac-surgery。

國立政治大學 National Chengchi University

此分型相當於 DeBakey I 型、DeBakey II 型和逆行 DeBakey III 型[8]（主動脈剝離起源於降主動脈並向近端延伸，擴及到升主動脈）；B 型：主動脈剝離涉及降主動脈和/或延伸至腹主動脈，但不擴及升主動脈和主動脈弓。此分型相當於 DeBakey III 型。Stanford 分型在臨床診斷中比較實用，其中 A 型剝離一般主張進行手術修復，而 B 型剝離以初步支持治療為主，外科手術僅是用在併發症發生時才予使用的方法[9]。不同分型的發生率如下表:

發生率	60%	10–15%	25–30%
分型	DeBakey I	DeBakey II	DeBakey III
	Stanford A	Stanford B	

本文案例 A 先生的主動脈瘤合併剝離是屬於 DeBakey I 型，Stanford 分型 A，一般主張的治療是進行手術修復。主動脈瘤合併剝離的症狀和體徵:約有 96%主動脈剝離患者有突然發作的劇烈撕裂性疼痛，這是為本病最突出且有特徵性的症狀，但本文個案並沒有如此典型的疼痛。由於主動脈壁撕裂沿著血管壁延伸，17%的患者會感覺到遷移性疼痛[10]。

---

[8]Antero-Lateral Thoracotomy with Partial Sternotomy for Retrograde DeBakey III Type Closing Aortic Dissection Accession number; 06A0069173 Author; SUESHIRO MASAFUMI, HAYASHI SAIHO, KOBAYASHI HIRONORI Journal Title; Japanese Journal of Cardiovascular Surgery Journal Code:Y0192A ISSN:0285–1474 VOL.35; NO.1; PAGE. 21–24 (2006).

[9]von Segesser LK, Killer I, Ziswiler M, et al. Dissection of the descending thoracic aorta extending into the ascending aorta. A therapeutic challenge. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1994–10, 108 (4): 755–61. PMID 7934113.

[10]Slater, E.; DeSanctis, RW. The clinical recognition of dissecting aortic aneurysm. The American Journal of Medicine. 1976, 60 (5): 625–33. doi:10.1016/0002-9343(76)90496–4. PMID 1020750.

國立政治大學 National Chengchi University

本文個案並沒有如此遷移性的疼痛，疼痛的位置和撕裂的位置密切相關。如前胸痛表示撕裂處可能在升主動脈，而後背痛表示撕裂處可能在降主動脈。如果出現類似胸膜炎的疼痛，可能提示升主動脈剝離出現外破口，血液進入心包腔而引起的急性心包炎。這是一種極其嚴重的事件，可能發生急性心包填塞。主動脈剝離的疼痛症狀可能會和心肌梗塞（心臟病發作）的疼痛相混淆，但主動脈剝離通常並不伴有心臟衰竭的其他體徵（包括心臟衰竭等）和心電圖變化。但本文個案心電圖變化有第 V3 導程 Q 波過大，第 V4、V5、V6 導程 R 波過大及 T 波倒置，根據心電圖檢查顯示有左心室肥大及心肌缺血之可能與主動脈剝離通常並不伴有心臟衰竭的其他體徵（包括心臟衰竭等）和心電圖變化完全不同。主動脈剝離比較少見的症狀和體徵包括充血性心臟衰竭（7%），暈厥（9%），腦血管意外（3-6%），缺血性周圍神經病變，癱瘓，心臟驟停，猝死。本文個案並沒有上述少見的症狀和體徵。如果主動脈剝離擴及腹主動脈，3-5%的腹主動脈剝離患者會擴展到腸系膜動脈可能導致腸壞死造成急腹症而呈現急性腹痛，本文個案是有急性腹痛但是並沒有急腹症的症狀例如: 腹部壓痛 (tenderness)和反彈痛 (rebounding pain)。雖然大部分主動脈剝離患者都有高血壓病史，血壓值在急性主動脈剝離的表現是相當多變的，往往是主動脈剝離遠端剝離的患者血壓會更高一些。主動脈剝離近端剝離的患者，36%出現高血壓，而 25%出現低血壓體徵。而在主動脈剝離遠端剝離的患者中，70%出現高血壓，而 4%出現低血壓體徵。嚴重低血壓體徵往往預示患者的預後非常不好，它通常是與心包填塞，嚴重的主動脈瓣關閉不全，或主動脈破裂密切相關。本個案是主動脈剝離近端剝離的患者同時合併有高血壓。有一半到三分之二的升主動脈剝離患者會出現主動脈瓣關閉不全。而在近端撕裂患者中，32%可以在聽診時聽到主動脈瓣關閉不全的雜音。雜音的強度（即響度）依賴於患者血壓的高低，在低血壓時可能為無聲。本文個案並沒有出現心雜音，72 至 80%的主動脈剝離患者有高血壓史。主動脈剝離在 50 至 70 歲的人中發病率最高。男性的發病率是女性的兩倍。本文個案是年輕男

性病人過去並沒有高血壓的病史，只有母親有高血病史。5-9%的主動脈剝離患者是馬凡氏症候群病人，這些人更容易在年輕時發病。馬凡氏症候群的患者更容易出現主動脈瘤和主動脈近端剝離。特納症候群可以導致主動脈根部擴張，從而增加發生主動脈剝離的風險[11]。本文個案是年輕男性病人過去並沒有診斷出馬凡氏症候群或是特納症候群的病史。胸部外傷導致主動脈剝離的發生根據病因可分為兩類：一是鈍性胸部創傷（常見於車禍）；另一種是醫源性。醫源性原因包括心臟導管插入術或主動脈內球囊反搏泵引起的創傷。主動脈剝離也可能是心臟手術的晚期後遺症，18%的急性主動脈剝離患者有開放性心臟手術史。主動脈瓣置換術治療主動脈瓣關閉不全的病人發生主動脈剝離的風險非常高，這時因為主動脈瓣關閉不全可以導致升主動脈血流增加，從而導致升主動脈壁的擴張和脆弱。另外，第三期梅毒患者也可能出現主動脈剝離[12]。本文個案是年輕男性病人過去並沒有胸部創傷，心臟手術，梅毒的病史。總之本案例的症狀和體徵都非典型的表現，更增加了診斷上的困難。

主動脈剝離的病理生理學和所有其他動脈相同，主動脈也是由外膜層，中間層和內膜層三層構成。內膜位於血管最裡面，和流動的血液直接接觸，主要由內皮細胞所構成。中間一層是中間層，由平滑肌細胞和彈力纖維的混合組成，又被稱為肌層。最外面是外膜層，由結締組織組成。

---

[11]Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Increased maternal cardiovascular mortality associated with pregnancy in women with Turner syndrome. Fertil Steril. 2006–11, 86 (5 Suppl): S127–8. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.08.082. PMID 17055808.

[12]Kamalakannan D, Rosman HS, Eagle KA. Acute aortic dissection. Crit Care Clin. 2007–10, 23 (4): 779–800. vi. doi:10.1016/j.ccc.2007.07.002. PMID 17964363.

如果血液穿過內膜層進入到中間層，就會形成主動脈剝離。內膜可以沿著血管壁向近端或向遠端的血管撕裂。主動脈剝離的起始事件是主動脈內膜的撕裂。由於主動脈內的高壓力，血液進入撕裂處血管壁的中間層。血液進入血管壁中間層的力量導致撕裂延伸並擴展。絕大多數主動脈剝離起源於升主動脈（65%）。其他起源包括主動脈弓（10%），或者胸降主動脈動脈韌帶遠側（20%）等。如何診斷主動脈剝離，由於主動脈剝離的症狀和體徵取決於主動脈剝離內膜撕裂和剝離的程度，有時難以作出正確的診斷，因此要保持高度的謹慎與小心，要把這個疾病列入鑑別診斷的名單之中。雖然詳細的病史可能可以強烈支持主動脈剝離的存在，但診斷往往並不能單靠病史和體徵。診斷通常是靠內膜瓣上可視化的影像學檢查來判斷。主動脈剝離常見的影像學檢查包括應用含碘造影劑對胸部進行電腦斷層 (Computerized Tomography, CT)檢查，以及經食管心臟超音波檢查 (Transesophagial cardioechogrpahy, TEE)。其他可用的檢查包括：主動脈造影片、主動脈的磁共振血管造影（Magnetic resonance ateriography, MRA）。這些檢查都有其特有的優點和缺點，在主動脈剝離診斷中各自的敏感性和特異性都不同。在一般情況下，所採用的成像技術主要基於成像檢查前的診斷，測試方式的可行性，患者的穩定性以及檢查的敏感性和特異性來選擇的。血液 D 二聚體水平低於 500ng/mL 的可能可以排除主動脈剝離的診斷，減少進一步影像學檢查的需要[13]。本文案例應屬困難診斷個案，因為一開始就沒有懷疑是主動脈剝離，因此並沒有接受上述的檢查。

---

[13]Shimony A, Filion KB, Mottillo S, Dourian T, Eisenberg MJ. Meta-analysis of usefulness of d-dimer to diagnose acute aortic dissection. The American journal of cardiology. 2011, Apr 15, 107 (8): 1227–34. PMID 21296332.

胸部 X 光平片:主動脈剝離的胸部 X 光平片，主動脈結明顯擴張，胸部 X 光平片見上縱隔影擴大，對診斷主動脈剝離具有中等程度的敏感性（67%），但特異性較低，因為很多其他情況都可以在胸部 X 光檢查看到縱隔擴大的徵象[14]。在胸部 X 光片看到鈣化影是判斷主動脈剝離的一個證據。鈣化是內膜和主動脈外軟組織的分離的徵象，增到 10mm 時提示剝離分離的可能，若超過 10mm 則可肯定為主動脈剝離。胸部 X 光片上還可能會看到胸腔積液。他們在降主動脈剝離中更常見，通常出現左胸廓。其他的發現包括主動脈結閉塞，左主支氣管壓迫，氣管條紋減少或消失以及氣管偏位。大約 12%至 20%的主動脈剝離患者胸部 X 光檢查檢查正常，因此正常的胸部 X 光片並不能排除主動脈剝離的可能。本文個案的胸部 X 光檢查顯示心臟輕度擴大，主動脈弓略大，雖尚未達 4 公分，上縱膈亦未見變寬之現象，但尚不能完全排除心臟血管疾病之可能性，可是並沒有典型主動脈剝離胸部 X 光的表現。如果臨床特徵高度懷疑是主動脈剝離，當務之急是使用其他影像學檢查（電腦斷層 CT 血管造影，MRA，主動脈造影，或經食道心臟超聲檢查）予以排除。電腦斷層 (CT)血管造影是一種快速且非侵入性的檢查，是對胸部和腹部進行快速的斷層掃描。經由靜脈注入碘造影劑可以顯示出主動脈的輪廓，使主動脈剝離診斷的準確性增加。在造影劑注射後，使用對比劑自動跟蹤技術（Bolus Tracking）進行掃描。直到造影劑流入主動脈時才開始掃描，CT 檢查的敏感性和特異性都很高，都高達 96 至 100%。它的缺點包括需要碘造影劑，但是不能確診內膜撕裂的部位等。磁振造影（MRI）是目前主動脈剝離檢查和評估的金標準，有高達 98%的敏感性和高達 98%的特異性。

---

[14]von Kodolitsch Y, Nienaber C, Dieckmann C, Schwartz A, Hofmann T, Brekenfeld C, Nicolas V, Berger J, Meinertz T. Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome. Am J Med. 2004, 116 (2): 73–7. doi:10.1016/j.amjmed.2003.08.030. PMID 14715319.

主動脈的 MRI 檢查將會提供一個三維重建的主動脈，讓醫生來判斷內膜撕裂的位置，分支血管的擴及，並找到繼發性撕裂的位置。經食管心臟超音波（TEE）是另外一個比較好的診斷主動脈剝離的檢查，具有 98%的敏感性和 97%的特異性。這項檢查要求患者經食道吞入心臟超音波探頭。這種檢查對升主動脈剝離具有非常好的效果，並可以確定冠狀動脈的開口是否被主動脈剝離擴及。在過去被認為是主動脈剝離診斷的金標準 (gold standard)。但由於這種檢查還是有些侵入性的，現在已經被其他侵入性小的影像學檢查所取代。

急性主動脈剝離的治療方案取決於撕裂的位置。Stanford A 型主動脈剝離（升主動脈撕裂），手術治療要優於藥物治療。而對沒有併發症的 Stanford B 型主動脈剝離（遠端主動脈，腹主動脈剝離撕裂），藥物治療要先於手術治療[15]。主動脈剝離在發生後的最初幾個小時死亡率最高，然後開始下降。因此，急性主動脈剝離和慢性剝離的治療策略不同。急性主動脈剝離的發病時間在兩個星期內，如果患者能成功度過這個時期，他們的預後將比較好。約有 66%的主動脈剝離出現急性期。發病時間超過兩個星期的稱為慢性主動脈剝離。本文個案是屬於急性主動脈剝離因此死亡率很高。

主動脈剝離一般表現為高血壓急症，因此內科治療首要考慮的因素是要嚴格控制血壓。血壓控制的目標是平均動脈壓控制在 60 至 75 毫米汞柱 (mmHg)，或是病人能耐受的最低血壓。β 受體阻滯劑 (β blocker)是治療急性和慢性主動脈剝離的一線藥物。

---

[15]Suzuki T, Mehta RR, Ince H, Nagai R, Sakomura Y, Weber F, Sumiyoshi T, Bossone E, Trimarchi S, Cooper J, Smith D, Isselbacher E, Eagle K, Nienaber C. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Circulation. 2003, 108 (Suppl 1): II312–7. doi:10.1161/01.cir.0000087386.07204.09. PMID 12970252.

急性主動脈剝離的病人，迅速給予靜脈降血壓藥物是首選。鈣通道阻滯劑也可用於治療主動脈剝離，特別是如果存在 β 受體阻斷劑使用的禁忌症。

主動脈剝離手術治療的適應症急性近端主動脈剝離、急性遠端主動脈剝離合併一個或多個併發症[16]。併發症包括累及重要器官、主動脈破裂或即將破裂以及剝離逆行剝離至升主動脈[17]。主動脈剝離手術治療的目的是切除破壞最嚴重的主動脈段，阻止血液進入假血腔[18]。雖然也可以進行撕裂內膜的切除術，但這並不會顯著改變病人死亡率。主動脈剝離的修複方法有：1. 當主動脈瓣沒有損害時可以將植入導管，替代受損的主動脈段。2. Bentall 手術：更換受損的主動脈和主動脈瓣替換術。3. David 手術：更換受損的主動脈和主動脈瓣再植入術。 4. 在受損主動脈段插入一個覆膜支架例如在胸主動脈腔內修復（thoracic endovascular aortic repair，TEVAR）使用。通常是和正在進行的藥物治療一起使用。5. 使用和血管環吻合的移植物更換損壞的主動脈段[19]。不論是哪一種手術方法，主動脈剝離修復的手術風險非常高。

---

[16]Nazari S, Salvi S, Aluffi A, Visconti E, Rescigno G, Buniva P. Prosthesis for aortic arch substitution. Ann Thorac Surg. 1997–11, 64 (5): 1339–44. doi:10.1016/S0003–4975(97)00991–0. PMID 9386701.

[17]Aluffi A, Berti A, Buniva P, Rescigno G, Nazari S. Improved device for sutureless aortic anastomosis applied in a case of cancer. Tex Heart Inst J. 2002, 29 (1): 56–9. PMC 101273. PMID 11995854.

[18]Stefano Nazari: Expandable device type III for easy and reliable approximation of dissection layers in sutureless aortic anastomosis. Ex vivo experimental study. Interact CardioVasc Thorac Surg. 2010;10:161-164. doi:10.1510/icvts.2009.216291.

[19]Jeng Wei, Chung-Yi Chang, Yi-Cheng Chuang, Sung-Hou Sue, Kuo-Chen Lee, David Tung (2009): A new vascular ring connector in surgery for aortic dissection. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 138: 674–7.

罹患主動脈剝離的患者的長期追蹤訪視包括嚴格的血壓控制。在未控制的高血壓主動脈剝離患者中，後期出現主動脈瘤破裂的相對危險度是收縮壓低於130 毫米汞柱的患者的 10 倍。

未經治療的主動脈剝離死亡風險很高。在疾病發作的第一個 24 小時有非常高的死亡風險，25％在發病後 24 小時內死亡，50％在發病後 48 小時內死亡，75％在發病後一周內死亡，90％在發病後一個月內死亡。但即使生存下來，其死亡率依然比年齡和性別匹配的對照組也就是一般人要來的高。75％未得到治療的的升主動脈剝離患者在 2 個星期內死亡[20]。經過積極治療的胸主動脈剝離患者 30 天生存率為 90％[19]。經由上述的說明可以知道主動脈剝離死亡風險很高，而且非常難診斷，尤其本文案例的臨床表現不典型，加上本文案例所在之和平醫院並沒有專任的心臟血管外科醫師，即使診斷出來可能也來不及手術治療。

本文個案的入院初步診斷為膽結石合併急性膽囊炎。引起膽結石的真正原因並不清楚。研究指出較高的膽固醇及膽色素可能是發生原因之一。有些感染也可能會引發膽結石形成，使溶解於膽汁中的物質沉澱而形成固形物，即是所謂的膽結石。形成膽結石之因素:

一、種族差異：由於基因和生活方式之差異，西方國家的人以膽固醇結石較多，而亞洲國家的人則以膽色素結石較多 。

二、性別：中年肥胖的女性是膽結石好發族群，其發生率約為男性的 1.5 倍。

---

[20]Woo KM, Schneider JI. High-risk chief complaints I: chest pain–the big three. Emerg. Med. Clin. North Am.2009–11, 27(4): 685–712. doi:10.1016/j.emc.2009.07.007. PMID 19932401.

三、年齡：各階段年齡均可能罹患膽結石，其發生率與年紀成正比。

四、飲食：過多熱量油炸類食物與膽固醇之攝取易引致膽固醇結石的產生。

五、糖尿病：糖尿病與肥胖者好發膽結石，可能與膽汁內膽固醇過度飽和，膽囊收縮功能不良有關。

六、肝硬化：發生膽結石之機會約為正常人之 2-3 倍。

七、藥物：如降血脂藥物，較易造成膽結石[21]。

本文個案是年輕男性沒有糖尿病，肝硬化或服用降血脂藥物，唯一有膽結石的危險因子是肥胖。

膽結石合併急性膽囊炎常見症狀有:

一、腹脹、右上腹痛、常常吃過油膩的食物後會感覺消化不良、噁心、嘔吐、盜汗、心跳加速及發燒 (fever)和畏寒 (chillness)等。

二、膽絞痛：膽絞痛通常由腹部上中位置開始，過幾個小時之內疼痛加劇，然後集中在右上腹部。

三、黃疸：因為膽紅素上升造成臉色變黃，鞏膜〈眼白〉變黃。

四、若膽管阻塞時，小便顏色會呈深的茶色，而大便顏色會改變成灰白色[21]。本個案的症狀就是上腹痛有絞痛，雖非典型的右上腹痛，但沒有黃疸及茶色尿液。

膽結石合併急性膽囊炎檢查方法:

一、腹部超音波：一種無痛性和非侵入性檢查，常用來檢查膽囊及肝臟和其他腹部疾病，在檢查前一般需要禁食4~6個小時。

---

[21]張明松，張琬瑜，醫療視窗，http://ir.fy.edu.tw/ir/bitstream。

二、內視鏡逆行性膽道胰臟攝影：將內視鏡經由病患口腔、食道、胃、吞入十二指腸，由內視鏡打入顯影劑檢查膽道，使用在懷疑有合併膽道或肝內結石之情況。

三、電腦斷層掃描：腹部電腦斷成掃描是無痛且快速的檢查，對於不容易檢查個案可以大幅提高疾病診斷的準確性。

四、經皮穿肝膽道攝影：當有黃膽情形時或是總膽管有阻塞時，醫師會建議病人接受這項檢查。使用細針直接經由皮膚將顯影劑打入肝管內，通常會因病情需要放入一條引流管，將膽汁引流出來以免阻塞性黃疸造成敗血症。

本文個案就是經由腹部超音波檢查顯示有膽結石合併急性膽囊炎。但是膽囊腔無脹大而且右上腹無明顯壓痛，也就是 Murphy sign (-)，也無發燒，這些現象比較不符合急性膽囊炎的診斷。

膽結石何種情況需要治療？有症狀（如腹痛）或合併急性膽囊炎時需要治療，對於沒有症狀的膽結石，一般不需要治療，但如果病人年紀輕（小於40歲）、結石大於2公分、膽囊功能差、膽囊有鈣化（懷疑合併有膽囊癌）或合併有糖尿病，既使沒有症狀，一般建議需儘早治療。

膽結石合併急性膽囊炎治療方式:

一、藥物的治療:

(一)當有發炎的症狀時，會視需要使用抗生素來控制發炎反應。

(二)當有嚴重膽絞痛時，可能會使用止痛劑來減輕患者的疼痛[22]。

本文個案的治療就是依照一般醫療指引使用抗生素，解痙攣劑 (buscopan) 和止痛劑來治療。

二、手術治療

(一)傳統式手術：一般是在右上腹部切開約十五公分的切口進行手術將膽囊

[22]同註21文。

切除。大多在急性膽囊炎使用藥物治療無效時。

(二)腹腔鏡膽囊切除術：這種手術傷口比較小，只有三到四個小傷口，手術後恢復快且可以縮短住院天數。醫師會先評估病人之病情是否適合此項手術，如果是單純膽囊結石，醫師會比較建議病人接受此種手術方式。

(三)總膽管切開取石及T型管引流術：如果病人合併總膽管結石及肝內結石病患，就必須經由總膽管切開取石及置放T型管引流[23]。

本文個案的情形是先入院接受藥物治療還沒有考慮手術治療，經由以上對兩個疾病的說明可以了解對臨床表徵不明確的個案診斷以及處置上的困難。

乙僅為專科護理師，對於病人A先生入院後之病情變化，自應詳實告知主治醫師甲或丙，由醫師判讀如何處置，其竟未將病人A先生之病情變化，如實通知主治醫師甲，因消極不為必要作為之過失，導致病人A先生無法及時獲得正確且必要之醫療包括手術治療，係犯刑法第276條第2項之業務過失致死罪。對病人A先生及早診斷和適當的治療照顧，可能會有較好之復原機會，存活率或許可以在70%以上。專科護理師乙應通知而未通知，致失卻及時獲得正確診斷及治療之機會導致病人A先生死亡，足認其未通知醫師之過失，與病人之死亡有相當因果關係。急救醫師 (主治醫師丙)部分，依據醫院之值班規定，病人A先生所在之B9病房，並不屬於急救值班醫師 (主治醫師丙)的值班範圍，但是應主動巡房值病房，其僅有於接受護理師乙通知之被動支援義務。急救值班醫師 (主治醫師丙)對於B9病房的住院病人既無主動巡房之義務。病人A先生雖持續有腹痛，嘔吐，血壓升高等狀況，負責照護病人A先生的護理師有如實通知專科護理師乙，但專科護理師乙並未即時轉知急救值班醫師 (主治醫師丙)。所以急救值班醫師 (主治醫師丙)在接獲專科護理師乙之通知急救前完全不知有何應予緊急支援，或急救之情事。其未接獲通知未前往探視，亦未對病人A先生進行醫療作為，係符合於

[23]同註21文。

和平醫院之值班規定，難認其有何違反應注意，能注意而不注意之情事。而急救值班醫師 (主治醫師丙)於當日凌晨3時30分許即已抵病房，進行心肺復甦術(CPR)等急救措施，在時間上應屬迅速而合理，並無延送急救之情事，亦難認定有何違反應注意，能注意而不注意之情事，或應作為而不予作為之違反醫療常規之情形。但台北地方法院的判決認為主治醫師甲是從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑壹年，減為有期徒刑陸月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日，緩刑貳年。專科護理師乙從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑陸月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日，減為有期徒刑參月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日，緩刑貳年。急救醫師丙:無罪。有關台北地方法院的判決有些需要討論的地方，整理如下:

一、罪證有疑利於被告：最高法院民國53年台上字第656號判例:「犯罪事實之認定，應憑真實之證據，倘證據是否真實尚欠明確，自難以擬制推測之方法，為其判斷之基礎。」法務部法醫研究所對爭議之診斷竟然函復:「未保留膽囊，也未做膽囊切片。」使得法院已無從將膽囊標本再送鑑定，對係爭之重要物證，法務部法醫研究如此草率與不夠仔細和慎重，實難不令人震驚與遺憾。醫審會對主動脈瘤診斷的敘述，只說明了主動脈瘤不容易診斷，就算是確定診斷也有極高的死亡率。依最高法院民國76年度台上字第4986號判例:「刑事訴訟上證明之資料，無論其為直接或間接證據，均須達於通常一般之人均不致有所懷疑，而得確信其為真實之程度，始得據為有罪之認定，若其關於被告是否犯罪之證明未能達此程度，而有合理懷疑 (reasonable doubt)之存在，致使無從形成有罪之確認根據罪證有疑利於被告 (in dubio pro reo)之證據法則，即不得遽為不利被告之認定之」本案之死因不明，依「罪證有疑，利於被告」之法理似不應為有罪之判決[24]。其鑑定書病人A先生的死因為主動脈瘤破裂出血合併心包囊阻塞死亡，其出血應已有

[24]葛謹，台北市醫師公會會刊，2012年，第56卷第1期，頁17–22。

一日。為何可以判斷出血已一日應再詳細說明。而且如果有疑慮，至少應該考慮轉送其他單位再做一次死亡原因醫事審議。

二、增加法律所無之義務：就照顧義務來說到底醫師或專科護理師對於病人要做到什麼樣子才算盡了義務?醫師或專科護理師不是神，顯然不可能保證每個病人不會死亡，不會產生併發症，都能開開心心平平安安的出院。本案法官認定主治醫師應主動不斷查詢有關病人之病況和其變化，認為這是屬於醫師照顧病人義務的一部份。換言之，醫師是不能下班，全年三百六十五天，每天二十四小時責任制的行業。這點法官也許覺得合理，但缺乏法律依據與實務上之可能。司法院大法官釋字第619號:「對於人民違反行政法上義務之行為處以裁罰性之行政處分，涉及人民權利之限制，其處罰之構成要件及法律效果，應由法律定之，以命令為之者。應有法律明確授權，始符憲法第二十三條法律保留原則之意旨 (本院釋字第三九四號第四○二號解釋參照) 。」「因保險關係所生之權利義務事項，或對其權利之限制，應以法律或法律明確授權之命令予以規範[25]。」其他任何法律、施行細則、法規命令或法院判例，如任意增加法律所無之解釋、限制、規定、條件要件等均曾經大法官會議宣佈違憲不可不謹慎[25]。

另外根據WMA國際醫學倫理守則有說明醫師的一般義務包括:

(一) 醫師須永遠獨立地行使其專業判斷，並維持最高標準的專業操守。

(二) 醫師須尊重具行為能力的病患接受或拒絕治療的權利。

(三) 醫師不得因個人利益或歧視而影響其專業判斷。

(四) 醫師須致力提供合格的醫療服務。在專業與倫理上完全獨立自主，且具有同情心，並尊重人的尊嚴。

---

[25]司法院大法官釋字第619號、司法院大法官釋字第469號、第576號 (判例)、第569號 (解釋)、第658號與第456號 (限制)、第274號 (規定)、第316號 (條件)、第674號 (要件); 葛謹，註24文，頁17–22。

(五) 醫師須誠實對待病人及其同儕，並勇於揭發違背倫理、行騙或詐欺的醫師或密醫。

(六) 醫師不得因利誘而轉介病人或處方醫藥醫材。

(七) 醫師須尊重患者、同儕和其他醫事人員的權利和選擇。

(八) 醫師應認知到其在公眾教育上扮演重要角色。在非醫學專業媒體上透露所發現、新技術或治療方法時，須相當謹慎。

(九) 醫師只可根據親身核實的事宜簽發證明書。

(十) 醫師須努力善用衛生保健資源，以造福病人和社區。對身、心疾患者，醫師須為其尋求適當的照護和關注。

(十一) 醫師須尊重所在地區和國家的倫理守則。

(十二) 醫師須始終牢記尊重人類生命的義務。提供醫療照護時，須謀求病人的最佳利益。當檢查或治療逾越醫師的能力時，醫師應請益或轉診至具有該能力的醫師。

(十三) 醫師須尊重病人的保密權。除非獲得其同意，或者解密可以免除其或他人真實的燃眉急難。

(十四) 醫師須本於人道義務提供緊急照護，除非確認有他人願意且能夠給予照護。

(十五) 醫師非主事者時，須確保病人已充分知曉此情形。

(十六) 醫師不得與其病人發生性關係，或任何其它虐待或剝削的關係。

(十七) 醫師相互間的義務，醫師間相處，須秉持己所不欲勿施於人的原則。

(十八) 醫師不可暗中破壞其同儕的醫病關係，而誘奪病人。

(十九) 醫師基於醫療上的必要，得與照護同一病患的醫師會商。但溝通時，

國立政治大學 National Chengchi University

應尊重病人隱私，並局限於必要的資訊[26]。

經由上述有關醫師的一般義務並沒有認定醫師應主動不斷查詢有關病人之病況和其變化，本文案例中之兩位醫師應該都有達到應注意之義務。

三、審進過失四要件: 英、美兩國法院要依下列四點逐一審理有關被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)、被告有無「違反照顧義務」(breach of standard of care)損害與過失有無因果關係 (causality)與損害 (damage)之事實四者，四者皆符合方有過失[27]。我國刑事與民事法院審理過失成立要件未建立清楚之「過失」論證項目與方法，建議我國醫事審查與醫療鑑定應比照，才能避免醫醫相害[28]。有關病人死亡及視為損害之事實醫院有照顧責任無庸置疑[29]。本文案件有爭議性的是當事人包括主治醫師和專科護理師有無違反照顧義務，以及損害（本案件是病人死亡)與過失有無因果關係[30]。

四、缺乏因果關係: 醫師與專科護理師之照顧是否與病人的死亡有因果關係?判決書再三提及病人母親有高血壓病史，但是病人並沒有高血壓病史也沒有服用藥物，母親之高血壓病史並不足以佐證醫師應該診斷出主動脈瘤。健保署之醫療資源有限，是否應該對於每個人的家族病史的深入追蹤?顯而易見答案是否定的。

---

[26]WMA國際醫學倫理守則: 通過採用於World Medical Association第三屆大會，英國倫敦，1949年10月; 修訂於World Medical Assembly第22屆，澳洲雪梨，1968年8月; 修訂於World Medical Assembly第35屆，義大利威尼斯，1983年10月; 修訂於World Medical Association第57屆大會，南非蘭斯堡，2006年10月。

[27]Tan SY. Medical Malpractice. New Jersey, World Scientific, 2006, page 21–27; Walston-Dunham B. Medical malpractice law and litigation. New York. Thomson Delmar Learning, 2006; 2–4.

[28]Hope T, Savulescu J, Henrick J. Medical ethics and law. Thre core curriculum. 2nd ed. Oxford. Churchill Livingstone, 2008; 49–54.; Mason JK, Laurie GT: Mason and McCall Smith's Law and medical ethics. 7th ed. Oxford, 2008; 305–344.

[29]Jackson E. Medical law, text, cases, and materials. 2nd ed. Oxford, 2010; 103–140; Brazier M, Cave E. Medicine, patients and the law. 4th ed. Penguin Boo, 2007; 155–184.

[30]葛謹，註24文，頁17–22。

法官認為「病人之X光檢查雖未達確診主動脈瘤之標準。但主治醫師仍不可完全排除心血管疾病之可能性。」加上本文個案的臨床表徵是非典型，增加正確診斷的困難。

法律對於有無相當因果關係的評價，必須更加嚴格，勿以結果論斷過程 (the end justifies the means)。法院依醫審會之敘述病人A先生的主動脈瘤出血應有一日，因而認為病人在住院前其主動脈瘤早已破裂，再依醫審會之敘述，推論專科護理師如果能提早兩小時發現病人可疑的病況和病情的變化，將可提昇病人救活的機會。令人納悶的是主動脈瘤若早已破裂，必然會失血，失血之後必然引起血壓下降甚至休克，病人臨床的表現反而是高血壓，在此緊急狀況下如何要醫護人員，提早兩小時發現病人的病況可疑 ?法務部法醫研究所對本案爭議之主體（膽囊檢體），竟「未保留膽囊，也未做膽囊切片！」法醫若非「失職」，也難謂（適任），因為解剖的報告無法充分完整的解釋死亡原因，我們所期盼法界人士的邏輯思維推理能按事實，公平理性審查與判決，並非「法法相護」，也非看誰較悲情或弱勢，誰就有道理，否則所謂的邏輯思維，豈不是讓社會大眾覺得是在玩文字遊戲[31]。本文建議應送其他鑑定單位針對有疑義部分進行複審。

五、當時當地原則: 最高法院刑事判決95年度台上字第3884號:「所謂醫療過失，係指醫療人員違反客觀上必要之注意義務而言，惟因醫療行為有其特殊性，自容許相當程度之風險應以醫療當時臨床醫療實踐之醫療水準，判斷是否違反注意義務。原則上醫學中心之醫療水準高於區域醫院，區域醫院又高於地區醫院及一般診所…專科醫師高於非專科醫師，尚不得一律以醫學中心之醫療水準作為判斷標準。」和平醫院是屬於區域醫院，當然與醫學中心的醫療水準不同。該院並沒有配備醫事審議委員會所稱之「醫院有優秀之心臟外科小組」，所以即使可以提早診斷出病人A先生有主動脈瘤剝離合併破裂應該也來不及會診心臟外科和緊急手術治療，可以預期結果應該還是病人死亡。有關這些疑義，亦不見法院的相關

說明[31]。

六、醫療分工、信賴原則與過失責任歸屬和醫師與專科護理師和護理師間關係:

醫院是由不同專業之醫事人員組成的醫療團隊,以分工合作的方式提供病人健康照護,然而若提供予病人之照護有過失而造成病人死傷,究應應由醫療團隊中那些人負責,值得探究[32]。在刑事責任之範疇,過失犯無從成立共同正犯,故仍應就各行為人是否違反注意義務而加以個別判斷,因此各醫事人員過失責任之判斷上,應考量涉入過失情節中之醫事人員係屬於何種分工類型,並輔以信賴原則之概念加以釐清責任之歸屬[33]。信賴原則係指行為人在社會生活中,從事某種具有危險性之行為時,如無特別情事,可信賴被害者或其他第三人亦會謹慎採取相對適當的行動,以避免危險發生。倘被害者或其他第三人未採取適當行動而造成損害之結果,該行為人不負過失責任。信賴原則之適用範圍並不侷限於道路交通行為,而是適用於所有法律所容許之風險行為,通常在兩人以上分工合作從事法律所容許之風險行為之情形,均有信賴原則之適用[34],無論學說或實務見解,多數認為信賴原則可適用於醫療領域[35]。醫療分工類型分為水平分工與垂直分工,於前者,醫事人員間地位平等,不受他方指揮監督,原則上有信賴原則之適用,於後者,醫事人員間有指揮監督關係,原則上無信賴原則之適用,醫師與護理師

---

[31]相同判決: 最高法院97年度台上字第2346號刑事判決、最高法院99年度台上字第558號刑事判決、最高法院99年度台上字第7499號刑事判決。

[32]葛謹,信賴原則,台灣高雄地方法院年度醫溯自地號刑事判決評釋,醫學法學,第16捲第2期,2009年5月,頁51。

[33]王皇玉,整形美容,病人同意與醫療過失中之信賴原則,月旦法學雜誌,第127期2005年5月,頁60–61; 吳俊穎、賴慧蓁、陳榮基,組織醫療行為的形式過失責任釐清,月旦法學雜誌,第202期,2012年3月,頁167–168; 王皇玉,註33文,頁50; 葛謹,註32文,頁51。

[34]張麗卿,信賴原則在醫療過失中之適用,以護士麻醉致死案為例,東海大學法學研究,第33期,2010年12月,頁77。

[35]馬耀中,錯誤醫療行為之刑事責任–德國刑事政策之思考,月旦法學教室,第180期,2011年10月,頁105。

間究竟屬於水平分工或垂直分工類型[36]?需要進一步討論。

醫師與護理師對彼此之過失，是否可主張信賴原則而免責?仍需要就個別案例做分析討論[37]。

(一)醫療分工類型: 醫療行為係由不同專業之醫師與醫療輔助之醫事人員共同分工所完成，然而若提供予病患之照護有過失而致病患死傷，究應由醫療團隊中何人負責值得探究，若能針對醫事人員間之分工方式進行分類，或可協助釐清過失責任之歸屬[38]。醫療分工依照是否受指示上之拘束為標準，區分為水平分工與垂直分工。「水平分工」係指醫療團隊中各醫事人員間不受彼此之指揮監督，對其醫療事務擁有獨立自主決定權，彼此地位平等，例如不同專業領域間之醫療分工如外科醫師與麻醉醫師間之分工關係[39]。「垂直分工」保指一方醫事人員對他方醫事人員形成上對下指示或指揮監督之關係，該他方醫事人員無獨立自主進行醫療事務之權限，例如指導醫師與實習醫師間之關係[40]。亦有學者認為有所謂「水平與垂直之複合型態」之分工類型，其係指醫事人員間不僅處於平等關係，亦同時存在垂直關係而呈現交錯之複數關係。如手術中醫療團隊之分工關係[41]，基於醫療業務之流動性，於某些情境，醫事人員之權責劃分並不如上述例子明確，彼此間究屬垂直分工或水平分務分配進行協商，倘無特別約定，僅能依照醫療習慣來決定[42]。首應探究不同專業規範之內涵或醫事人員所屬醫療機構之規範加以釐

---

[36]台灣彰化地方法院100年度訴字第870號刑事判決; 最高法院88年度台上字第1852號刑事判決; 護理人員法第二條規定: 本法所稱護理人員，指護理師與護士。

[37]邱慧洳，醫療分工，信賴原則與過失責任歸屬–以醫師與護理師間關係為例，法學論述，2016年11月號，頁77–90。

[38]張麗卿，註34文，頁54。

[39]王皇玉，註33文，頁60–61。

[40]吳俊穎、賴慧蓁、陳榮基，註33文，頁168。

[41]陳子平，醫療團隊與形式過失責任(下)，月旦法學雜誌，第191期，2011年4月，頁160 ; 馬耀中，醫師刑事責任之探討–以告知義務、因果關係與信賴原則為中心，軍法專刊，第57卷，第6期，2011年12月，頁35。

[42]張麗卿，註34文，頁52。

清，若無相關規範可資釐清權責，亦可容許醫事人員間就醫療事務之任務分配進行協商，倘無特別約定僅能依照醫療習慣來決定[43]。

(二)信賴原則與過失責任歸屬: 在具有危險之社會活動中，若行為人本身並未違反規範，且可信賴他人之行為係遵守規範而且無製造任何危險時，即使產生結果，亦不被歸責，此稱「信賴原則」[44]。信賴原則具限縮過失犯成立之效果，其目的乃係進行合理之風險，注意義務與責任之分配[45]，鑒於當今醫療分工已是常態，在釐清醫事人員之過失責任上，須考量醫事人員對其他醫事人員之「信賴」問題[46]。於醫療分工上，「水平分工」原則上有信賴原則之適用，因各醫事人員間各自對其醫療專業事務擁有獨立自主決定權，各自遵守其應遵守之注意義務，不受彼此之指揮監督，若某一醫事人員違反注意義務造成過失，其他醫事人員無庸對該醫事人員之過失行為一起負責[47]，如病患接受手術中，麻醉醫師因麻醉劑量計算錯誤導致病患死亡，外科醫師主張信賴原則而毋庸為此負責[48]。然而「垂直分工」原則上並無信賴原則之適用，因「垂直分工」係指一方醫事人員對他方醫事人員有指揮監督之責，於指揮監督之範圍內，監督者對被監督者之醫療過失亦應負責，故無從主張信賴原則[49]，如指導醫師在指揮監督之範圍內，對實習醫師之過失結果亦應負責，有學者認為是指導醫師之「監督過失」[50]，然而也有學

---

[43]張麗卿，註34文，頁52。

[44]王皇玉，註33文，頁62; 蘇嘉瑞，信賴原則在醫療糾紛之類型化與法學實證研究，科技法學評論，第7捲第1期，頁257。

[45]王皇玉，註33文，頁61。

[46]張麗卿，註34文，頁52、50。

[47]林山田，刑法通論，元照，增訂10版，2008年1月，頁189; 臺灣彰化地方法院100年度訴字870號刑事判決。

[48]張麗卿，註34文，頁53、60。

[49]葛謹，遲來的解釋，台灣桃園地方法院八十八年度易字第二十二號刑事判決評釋，月旦法學雜誌，第176期， 2010年1月，頁293。

[50]蘇嘉瑞，信賴原則在醫療糾紛之類型化與法學實證研究，科技法學評論，第7捲第1期，頁278。

者認為是信賴原則[51]。因此還存在很多爭議，需要更多的討論與分析。

無論在水平分工或垂直分工皆有適用餘地的空間，關鍵在於醫事人員本身有無遵守應盡之注意義務，若有遵守注意義務，團隊成員間對於他人之過失，在客觀上難以注意時，應能主張信賴原則，亦有學者認為水平分工原則上有信賴原則之適用，而垂直分工原則上則無，此乃原則性架構，醫事人員間能否主張信賴原則，不能僅從醫療分工類型作為判斷基礎，亦非僅從醫事人員之職稱來判斷，應以實際工作內容加以觀察[52]。

依照上述之說明，本文案例中，主治醫師甲跟專科護理師乙應屬垂直分工，沒有信賴原則的適用。主治醫師丙跟專科護理師乙應屬垂直分工，沒有信賴原則的適用。主治醫師甲跟主治醫師丙應屬平行分工，有信賴原則的適用。但臨床實務上很難作如此明顯的切割，尤其醫療過程充滿了各種變數與變化，一旦出現醫療糾紛，各醫療專業的責任歸屬就更複雜。

七、遵守規範的過度期待 (超越期待可能性):

(一)19世紀末葉，德國發生一起馬車撞傷行人事件，受雇馬車伕明知肇事馬性格頑劣，難以駕馭，但迫於生活之困苦而不敢辭去工作，亦不敢違抗雇主之命，仍以該馬拖曳馬車，導致在道路上脫韁狂奔而傷人，馬車伕及雇主被以過失傷害罪起訴，惟當時德國帝國法院認定雇主有過失，但對於馬車伕則為無罪宣告，其理由之一為基於經濟、社會環境困苦之馬車伕，欠缺為合乎規範行為之期待可能性，合先述明。

(二)依照犯罪之成立，行為人之行為必須具備不法（構成要件該當性與違法性）及罪責（有責性），依據罪責理論通說之「規範罪責論」，罪責之本質在於意思決定與意思活動之可非難性，按此說普遍承認之罪責要素包含「責任能力」、「不法意識」及「欠缺寬恕罪責事由」（另就「故意、過失」是否屬罪責要素，

[51]馬躍中，註41文，頁35。

[52]張麗卿，註34文，頁54。

還是屬罪責判斷之要素？則有爭論）若行為人之不法行為，經檢驗均具備前述各項罪責要素，即應認犯罪成立。

(三)就罪責型態中之「欠缺寬恕罪責事由」，理論基礎從早期偏向欠缺行為人為合法行為可能性觀點之「無期待可能性說」，到以規範罪責論之觀點，從行為非價、結果非價角度觀察，在特別情形下考量能導致非難程度下降之「減免不法及罪責內涵說」，而此項寬恕事由尚可分法定之寬恕事由，與超法定之寬恕事由，前者有防衛過當、緊急避難過當等，後者有不能阻卻違法之義務衝突等。至於前述「劣馬脫韁案」所指之欠缺為合乎規範行為之期待可能性，是否屬於超法定寬恕事由？因期待可能性之概念相當模糊，要件及界線並非十分明確，因此學說認為，為了避免在造成法之不安定性，適用上應十分謹慎，最多僅容許在極其稀有的特殊案例中，將此做為調節之原則，尤其是在過失犯與不作為犯之領域，作為適當界定注意或行為義務之界線[53]。

之前已說明本文個案在醫學上可以稱為非常困難診斷的個案，換做是其他醫師即使是心臟科醫師都不一定能提早診斷與治療，更何況是專科護理師，實在無期待可能性。有關不作為犯的部分，本案中之主治醫師甲就其醫療專業能注意、該注意之事項都有做到，要求要做到盡善盡美，否則就有不作為之瑕疵，對於醫師的期待實在太高，也不易達成。

八、死亡原因醫事審議委員會: 本案例是由法務部法醫研究所鑑定。依醫療法第九十八條及九十九條之規定，中央主管機關、直轄市及縣（市）主管機關都須設置醫事審議委員會，由不具民意代表、醫療法人代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士遴選，而且其中的法學專家及社會人士比例不得少於三分之一，不過詳細之審議委員會之組織及會議等規定，有中央主管機關及直轄市、縣（市）之組織規程規範。

---

[53]張麗卿，無期待可能性，月旦法學教室，第68 期，2008年6月，頁18–19;

http://l.yimg.com/f/i/tw/ugc/rte/smiley_5.gif 。

醫事審議委員會之職務，依中央或地方之醫事審議委員會不同而掌管不同事務，分述如下：

(一)中央醫事審議委員會

1.醫療制度之改進。

2.醫療技術之審議。

3.人體試驗之審議。

4.司法或檢察機關之委託鑑定。

5.專科醫師制度之改進。

6.醫德之促進。

7.一定規模以上大型醫院設立或擴充之審議。

8.其他有關醫事之審議。

(二)直轄市、縣（市）醫事審議委員會

1.醫療機構設立或擴充之審議。

2.醫療收費標準之審議。

3.醫療爭議之調處。

4.醫德之促進。

5.其他有關醫事之審議。

醫事審議委員會與病患較有切身關係的部分是，直轄市、縣（市）醫事審議委員會提供醫療爭議之調處，故若病患有醫療糾紛發生，可直接至審議委員會調處紛爭[54]。另外就是，醫療糾紛若在訴訟審理階段，常牽涉到的是醫療專業鑑定之問題，法院委託之鑑定單位就是中央主管機關之醫事審議委員會。所謂中央主管機關在縣市是衛生局，在中央是衛生福利部。從行政院衛生署「醫事審議委員會醫事鑑定小組」從民國76年起接受醫療糾紛鑑定工作的案件數量統計以每年完成醫療鑑定的案件數來看，民國76年至84年間合計共1406件，平均每年約為156

[54]http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm

國立政治大學 National Chengchi University

件；民國85年至民國90年為止，6年間合計共1,741件，平均每年約為290件，而民國90年辦理司法或檢察機關委託鑑定的案件有406件，民國91年達416件，較之前約增加一倍，且有持續成長的趨勢。

根據臺北市政府衛生局統計民國92-95年受理醫療爭議案件總數為1,135件，平均每年近283件，也是有持續成長的趨勢。若從臺北市政府衛生局受理民眾醫療爭議調處成立比例來看，民國94年申請調處件數為108件、調處成立為43件(40%)、民國95年度申請調處件數為76件、調處成立為23件 (31%)，反倒呈現有減少的趨勢，再以受理醫療爭議類別加以分析，發現單一問題以醫病之間溝通不良佔最多 (16%)、有關綜合性問題則以病人或家屬對醫療處置行為有爭議佔大宗(61%)[55]。

隨著台灣社經環境的發展、醫療科技與醫療研究的進步，以及民眾自我權益意識的提高和對醫療要求滿意度的上升，甚至要求醫療零失誤的心態，導致醫病之間的爭議和糾紛也愈形複雜多元。根據衛生署醫事審議委員會統計，民國八十五年向醫事審議委員會申請醫事鑑定的案例為238件，到了民國九十一年已增加為416件，足見台灣的醫療糾紛有日益增加的趨勢，值得關注[56]。

全民健康保險爭議審議委員會成立至今已逾10年，多年來，爭議審議委員致力於全民健康保險醫療爭議案件之審議，秉持專業、公正、客觀之立場，就保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務之適當性及必要性，予以審查；自民國84年5月26日召開第1次委員會會議，審議全民健康保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人中央健康保險局定案件之爭議事項，迄至民國94年12月

---

[55]http://hospital.kingnet.com.tw/essay/essay.html?category=%C2%E5%C3%C4%AFe%AFf&pid=16336。

[56]http://www.thrf.org.tw/uploads/{5811B847-4A04-4989-B03D-9E5E9794D3BB}_%C2%E5%A7%EF%BD%D7%BE%C2---%B2L%BD%CD%C2%E5%C0%F8%AA%C8%AF%C9%B3B%B2z.htm。

底，共受理1046,979件爭議案件，審議972,755件，其中獲行政救濟共計229,258件，頗受各界肯定[57]。

之前已說明本文個案在醫學上可以稱為非常困難診斷個案，因此病理解剖的報告對於過失責任的歸屬非常重要，如果有疑義，應該再送其他具公信力之機構做鑑定，更何況目前在台灣因為醫療爭議案件不斷增加，因此有許多的鑑定機構可供選擇，同時而且也可以提升醫療鑑定的品質。

---

[57]http://www.dmc.doh.gov.tw/download/94%A6~%A6~%B3%F8.doc;
http://www.thrf.org.tw/uploads/{4D9224BE-F9D5-4E3E-A4EC-20E8962AE579}。

國立政治大學
National Chengchi University

第三章 台灣專科護理師執業範圍之法源依據

第一節 專科護理師角色定位

有關專科護理師的國際相關名詞包括進階護理師，臨床護理專家和醫師助理。依照護理人員法規定，專科護理師之業務範圍與護理人員並無不同，現階段專科護理師定位為進階護理師，護理專業能力之進階認定為專科護理師 (NP)的定義：係由進階護理師與醫師共同提供連續性及整合性的護理與醫療照護。探討專科護理師之角色以及由社會的需求看專科護理師的角色，林口長庚醫院翁文能院長指出:我國自民國34年迄今所發展的各層級護理教育，目的都是培育一般科的護士或護理師，隨著社會變遷、疾病型態的改變、全民健康保險制度的實施，醫療生態亦隨之發生很大的變化。為了配合民眾健康需求的變化，更為了能進一步為病人提供整合性的醫療保健服務，如何進一步善用護理人力資源就成為我國醫療界一個很重要的議題。在西元90年代有些醫院開始進用具有護理背景人員進行輔助性醫療工作，稱之為專科護理師（nurse specialists: NS; advanced nurse practitioner: ANP)。至於專科護理師應如何培育，如何明訂工作範圍，對台灣的護理界來說是個新的課題。在專科護理師發展初期，對於實際上應如何推動專科護理師制度，專科護理師在醫院中的定位與角色，醫療系統對新的作業模式應如何規範與管理等問題，在護理專業中並未完全形成共識，醫界之間也有不同看法與想法。目前大多數的看法是: 我國的專科護理師制度是因應醫院的需要，協助執行各項輔助性醫療工作或業務，因此朝著類似於美國的進階護理執業者（ANP)的制度來推動，如此不僅有助於護理人員的臨床照護能力以及護理專業自主性的提升，更有符合各界對於協助執行醫療工作或業務，以增進醫療照護品質的期待。在各醫療機構陸續採用民國89年台灣護理學會的專科護理師培訓計畫，以及民國95年國家衛生研究院辦理的專科護理師培育規範後，專科護理師的訓練逐漸趨於一致。期待我國專科護理師制度健全完善後，可以落實醫療團隊分工，期望醫師能專注於醫療服務，提供更好的醫療照護品質，預防及減少醫療照護上的錯誤。

國立政治大學 National Chengchi University

奇美醫院護理師方楸淑指出醫療是一個全人照護，是一個團隊工作，難免有許多重疊的地方，但需分工合作，專科護理師在醫療團隊中扮演著極為重要的角色。民國81年，財團法人奇美醫院當時還是區域醫院時，為了因應住院醫師不足的情況，成立了醫師助理 (physician assistant, PA)的制度，主要是在病房協助醫師執行未涉及或違反法律規範之住院醫師應執行之工作，且隸屬於各科部來運用與管理。民國91年因醫師助理法未通過，因此更名為臨床技師 (clinical technician, CT)，目前共有103人。另外財團法人奇美醫院在民國87年，護理部與加護醫學部合作下招募專科護理師，並陸續在急診和小兒加護病房也招募專科護理師，主要負責急重症病人的評估、醫護人員之間溝通的橋樑、護理人員之臨床教學和協助部分之醫療輔助行為。民國96年有鑑於病房臨床技師也相繼擁有專科護理師證照之考量下，更名為高階護理師（advanced practice nurse, APN）以區別在財團法人奇美醫院，臨床技師和高階護理師階各自擁有專科護理師證照，彼此之間沒有競爭關係，而是分工合作的協助住院醫師與主治醫師，在不違反法規的情形下執行醫療輔助行為。醫療輔助行為的執行除了需要中央有明確的定義之外，也需要院方有規劃的實施相關配套措施，以避免醫療人員涉及法律問題，使專科護理師能有實質的專業角色的提升。

針對醫療業務與護理業務的說明如下:

一、醫療業務

醫師法第二十八條本文規定取得合法醫師資格者，始得執行醫療業務[58]。衛生福利部之函釋指出「醫療業務」係指「以醫療行為為職業而言，不問是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會，對非特定人醫療行為均屬之[59]」。由「醫療業務」係指「對非特定人為醫療行為」以觀，衛生福利部似乎視「醫療業務」與

[58]醫師法第二十八條本文規定:「未取得合法醫師資格者，擅自執行醫療業務者處六個月以上五年以下有期徒刑，得新台幣三十萬元以上一百五示萬元以下罰金，其所使用之鑰謝沒收之」。

[59]衛生福利部(83)年衛署醫字第83068006號函。

「醫療行為」為同義字。以下二則函釋復證明「醫療業務」與「醫療行為」為同義字，「衛署醫字第0九000四三七八四號函」指出「醫療行為」之定義為「凡以治療矯正或預防人體疾病、傷害殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療;或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處分、用藥、施術或處置等行為的全部或一部」，與「衛署醫字第八五00八五四二號函」對「醫療業務」所為之定義如出一轍[60]。但臨床實務上兩者之間還是有些差異。

二、護理業務

(一)護理業務之內涵:

護理人員法第二十四條規定護理人員之業務如下:「（第一項)一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為（第二項)醫療輔助行為應在醫師之指示下行之」，依衛生福利部函釋，「指示」係指醫師所為之口頭或書面的醫囑，故而護理師在執行醫療輔助行為[61]，應在醫師指示及開立醫囑下始得執行。前三款稱為自主性之護理業務，而第四款稱為指示性之護理業務,前者無須醫師指示,護理人員即得為之。後者須醫師指示，護理人員始得執行。前三款並非醫療行為，誠屬當然[62]。然第四款之醫療輔助行為是否為醫療行為?衛生福利部函釋指出「醫療輔助行為本質上醫療行為，因其危險性較低，並非涉及專屬醫療工作之診斷處方手術，病歷記載，施行麻醉之醫療行為，故可由醫師就特定病人診察後交由護理人員依醫師指示為之[63]」。由上述說明可知醫療輔助行為本質就是醫療行為，更深入說明，醫療行為區分為「醫師應親自執行之醫療行為」與「護理人員可執行之醫療行為」為（醫療輔助

---

[60]邱慧洳，註37文，頁77–90。

[61]衛生福利部(94)年衛署醫字第0940070563號函。

[62]蔡淑鳳、王秀紅，台灣專科護理師的政策制訂與發展，護理雜誌，第54卷第6期，2007年12月，頁6。

[63]衛生福利部(82)年衛署醫字第8255075號函。

行為)」兩種型態[64]。若非具醫師資格者執行「醫師應親自執行之醫療行為」(如施打麻醉藥物[65])或護理師未經醫師指示執行醫療輔助行為，則可能觸犯密醫罪[66]。衛生福利部對「醫療輔助行為」作出數則函釋，因此依照衛生福利部函釋將醫療輔助行為區分為三類型:(1)「無區分類型」: 醫療行為不區分情況，一律為醫療輔助行為。(2) 「區分類型」: 醫療行為區分情況，某些情況（如具危險性）則應由醫師為之;反之若不具危險性，則為醫療輔助行為，可在醫師指示下由護理人員為之。但是是否具危險性就有很多模糊地帶與不同的見解，造成區分上的困難。 (3)「視同指示類型」: 醫療行為基於公共衛生政策雖無醫師指示，但可視同在醫師指示下行之[67]。但是基於公共衛生政策或醫療上許多特殊情況，就有很多討論的空間，造成執行上的困難。茲說明如下:

1.「無區分類型」

給藥[68]、打針(包含靜脈注射、皮下注射及肌肉注射)、外傷處理及急救[69]、抽血[70]、導尿[71]、洗眼睛[72]、紅外線眼睛照射儀器（無須申領許可證之醫療器材)[73]、針灸療法之取針與灸法、耳穴埋豆法、中藥超聲霧吸入法、中藥保留灌腸、坐藥法[74]、左手腕肌腱瘤手術中，為病患縫合傷口為醫療行為，而繫止血帶則為醫療

---

[64]蔡拒修，違反醫師罪(密醫罪)修正條文析論，醫事法學，第10卷第1期，2002年3月，頁23。

[65]臺灣高雄地方法院88年度易字第4815號刑事判決。

[66]臺灣高雄地方法院91年度易字第 4499號刑事判決。

[67]邱慧洳，註37文，頁77–90。

[68]衛生福利部(100)年衛署醫字第100008401號函。

[69]衛生福利部(93)年衛署醫字第0930004477號函。

[70]衛生福利部(86)年衛署醫字第86012072號函。

[71]衛生福利部(92)年衛署醫字第0920063011號函。

[72]衛生福利邻(86)年衛署醫字第86000 412號函。

[73]衛生福利部 (86)年衛署醫字第86020733號函。

[74]衛生福利部(93)年衛署醫字第0930000778號函。

輔助行為[75];洗牙（包括清除牙結石、牙縫清洗）、補牙乃醫療行為，而換藥則為醫療輔助行為[76]。

2.「區分類型」

「區分類型」包括「氣管外管更換及拔除[77]」、「鼻胃管之置入、更換與拔除除」、「褥瘡之清創術」與「拆除縫線」等技術。有關初次氣管外管更換及拔除，或氣切傷口不穩定病人的氣管外管更換仍具有相當程度的危險，應由醫師親自執行，對於氣切傷口穩定解需定期更換氣管外管的病人，如經醫師評估判斷後，得可指示護理人員協助更換。初次鼻胃管之置入仍具有相當程度的危險宜由醫師親自執行，至於需要長期鼻胃管放置的病人之定期更換與拔除，如經醫師評估判斷後，得可指示護理人員協助更換與拔除[78]。

本文案例之專科護理師乙在未經醫師指示，就對病人A先生親自執行置入初次鼻胃管顯然有違反規定。至於是否應由醫師親自執行褥瘡之清創術，如經醫師評估判斷後，得可指示護理人員協助處理[79]。有關是否應醫師親自執行手術後之拆除縫線，仍具有相當程度的危險宜由醫師親自執行，可是簡易傷口的拆線，如經醫師評估判斷後，得可指示護理人員協助處理[80]。

3.「視同指示類型」

「預防接種注射」應屬醫療行為，惟為因應台灣醫師人力過度集中都會區。對於地處偏遠地區民眾而言，由於醫療資源缺乏而無支援醫師，無法享有可近性之保健醫療服務，因此學校保健員及衛生所受過訓練之護產或護理人員，依據衛生機關工作計畫或公函執行防接種注射工作，可視同在醫師指示下行之[81]。

---

[75]衛生福利部(89)年衛署醫字第0890017033號函。
[76]衛生福利部(93)年衛署醫字第0930000778號函。
[77]衛生福利部(97)年衛署醫字第09702606340號函。
[78]衛生福利部(97)年衛署醫字第0970201201號函。
[79]衛生福利部(93)年衛署醫字第0930022696號函。
[80]衛生福利部(90)年衛署醫字第0900043784號函。
[81]衛生福利部(94)年衛署醫字第0940036029號函。

同上理由，「子宮頸抹片檢查」[82]與「骨密度檢查」[83]等醫療行為，如未涉診斷、治療，衛生所受過特別訓練之護產或護理人員，執行上開技術，可視同在醫師指示下行之。

(二)護理業務之獨立性

護理師執行護理業務具有專業性與獨立性，由衛生福利部函釋「護理業務之執行，係以護理及醫學專業知識與技術評估病患健康之違和及功能，設計護理計劃[84]，執行護理活動並協助醫師執行醫療行為，具有高度專業性技術及獨立，與一般勞務之提供性質不同」可證[85]。另由衛生福利函釋指出「護理師依醫囑執行醫療輔助行為，不限於醫師親自在場指示或目視所及範圍內」，由此函釋可知，護理師執行醫療輔助行為，仍須在醫師之指示下，始可執行[86]。但是在在執行低風險的醫療輔助行為之過程中，護理師可獨立執行，無須在醫師目視所及範圍內，由此亦可印證護理業務之獨立性。

第二節 專科護理師執業範圍之行政指導函及相關函

衛生福利部函釋指出「醫療業務」係指以「醫療行身為職業而言，不問是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會。為非特定人之醫療行為均屬之。……且醫療業務之認定，並不以收取報酬為其要件[87]」，而「醫療行為」在解釋上就非

[82]衛生福利部(94)年衛署醫字第0940211278號函。

[83]衛生福利部(93)年衛署醫字第0930013213號函。

[84]張婷、李選，護理人員因應執行醫療輔助行為引發醫療糾紛之法治觀，醫事法學，第21卷第1期，2012年6月，頁 54。

[85]衛生福利部(75)年衛署醫字第502582號函。

[86]衛生福利部(94)年衛署醫字第0940005560號函。

[87]衛生署(83)年衛署醫字第83068006號函。

常困難和複雜而且具爭議性[88]。一般學者認為其應依當時當地的醫療水準，一般人民的生活方式與衛生保健之思考方式做為綜合判斷[89]。衛生福利部的函釋向來認為其係指「凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療;或基於診察、診斷結果、以治療為目的、所為的診察、診斷及治療;或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱[90]」。

綜觀上述，實務的見解認為醫療行為須有基於「醫療目的」之主觀要件[91]。(例如治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的)與「診療行為」等客觀要件（如診察、診斷、處方、用藥、處置、施行手術）。有些學者認衛生福利部對「醫療行為」，仍未提出具體明確的直接定義，其函釋之說明仍充滿對價值判斷的不明確之用語[92]。有些學者認為「醫療行為」概念充滿不確定性，其可能隨著時空而改變，有些醫師必須親自執行的醫療行為，亦可能因護理人員的醫療專業

---

[88]王志嘉，淺談虛報醫療費用與刑事詐欺罪，軍法專刊，第57卷第27期，2011年4月，頁125; 曾育裕，醫師法制對醫師執業資格條件之法律分析，全國律師，第15卷第9期，2011年9月，頁89; 張麗卿，實習醫師無照行醫的例外允許–與談: 遲來的解釋–台灣桃園地方法院八十八年度易字第二00二號刑事判決評釋，月旦法學雜誌，第176期，2009年12月，頁298; 王紀軒，密醫罪或業務過失犯罪–以新時代診所為例，高大法學論叢，第6卷第2期，2011年3月，頁193。

[89]黃丁全，醫事法，元照出版有限公司，2000年7月，出版一刷，頁89; 曾育裕，註88文。頁83。

[90]衛生署(83)年衛署字第83068006號函，衛生署(84)年衛署字第84032858號函，衛生署(84)年衛署字第84068278號函，衛生署(93)年衛署字第0930038903號函。

[91]王志嘉，註88文，頁125; 郭吉助，論醫學法律上之醫療行為(一) 由法制面談起，法務通訊，第2379期，2008年2月，頁3; 陳鈺雄，遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務，中原財經法學，第22期，2009年6月，頁61–62。

[92]王服清、戴鈞宏、李怡玲，不確定法律概念與法律明確性原則之解析以醫藥法下的醫療業務行為為中心，醫事法學，第17期，2010年6月，頁70 。

素質的提升而得以獨立執行[93]。亦有其他學者建議將「醫療行為」之定義法制化[94]，不應透過衛生福利部的函釋不斷加上新的解釋，因為其涉及密醫罪之判斷，而且醫事人員的執業範圍也應受到法律的保障[94]。

「臺灣高等法院一00年度醫上訴字第七號判決」（本文中的個案)宣告專科護理師觸犯業務過失致死罪，專科護理師是在值班期間病人的病情出現變化，但卻沒有及時通知主治醫師而導致病人死亡之情事。此案的判決有關專科護理師的結果為業務過失致死罪，藉此判決討論專科護理師之執業範圍與值班適法性。本案例看似錯在專科護理師，因為專科護理師「應通知而未通知」，但最大的錯誤可能在「值班制度」，現今很多醫院尤其是非醫學中心的醫院住院醫師人力不足，以專科護理師代替醫師值班時有所聞，但如此之值班制度存有隱憂[95]。根據護理人員法與衛生福利部對專科護理師業務範圍所作的函釋，專科護理師並無值班的義務;但是依照醫師法第五十九條，值班是醫師的義務，只有具有醫師資格者始能值班。從法律角度觀察，專科護理師值班可能已經違反醫師法第五十九條，先撇開法律不談，值得深思的問題在於專科護理師是否具有值班的能力?在醫院值班期間充滿許多醫療實務上的不確定性，病人病情會不斷變化，有可能隨時有新病人住院。一旦病人病情出現變化，或是病人臨時由急診住院，所須要的處置

---

[93]王紀軒，註88文，頁205; 蘇嘉宏、吳秀玲，醫事護理法規概論，三民書局，2008年2月，修訂8版1刷，頁209 。

[94]邱慧洳，依法律觀點論專科護理師之執業範圍，醫事法學，2012年12月，頁73; 郭吉助，論醫學法律上之醫療行為(二) 由法制面談起，法務通訊，第2380期，2008年3月，頁4–5; 黃芷鈴，密醫犯罪特徵之研究以地方法院判決書為例，國立台北大學犯罪研究所，碩士論文2010年，頁28; 邱慧洳，論專科護理師的執業範圍與值班現象，法學論述 2016年，8月號，頁50–66。

[95]蔡淑鳳、王秀紅，台灣專科護理師的政策制訂與發展，護理雜誌，第54卷第6期，2007年12月，頁5–10。

國立政治大學 National Chengchi University

不是只有「護理」，而是「醫療」，當然具有相當的不確定性與危險性[96]。然而專科護理師的訓練是否足以在值班期間作出正確的醫療決策?專科護理師相較於護理師雖更具專業性、進階性[97];但其訓練核心仍在「護理」，充其量僅可執行「醫療輔助行為」[98]。強求專科護理師獨當一面，去面對醫療情境作出醫療決策，實在強人所難，更何況專科護理師從事醫療行為其實已經觸犯醫療法第二十八條的密醫罪，如同本文和平案中之專科護理師逕對病人置入鼻胃管，其實皆可能已觸犯密醫罪，僅檢察官、法官皆未深入探究與察覺而已[99]。

之前說明過醫療行為區分為「醫師親自執行之醫療行為」與「在醫師指示下可執行之醫療行為」。醫師法第二十八條第二款但書「於醫師指示下之護理人員所為之醫療業務」應指「醫療輔助行為」。護理人員依護理人員法二十四條第一項與醫師法第二十八條但書第二款僅能執行醫療輔助行為。而「醫師親自執行之醫療行為」(如開處方，開刀或麻醉)，即使於醫師指示下護理人員仍不得執行，倘護理人員獨立執行之醫療行為，仍屬擅自執行醫療業務，則違反醫療法第二十八條密醫罪，為避免觸犯密醫罪，釐清「護理人員在醫師指示下可執行之醫療行為（即醫療輔助行為）」與「醫師親自執行之醫療行為」與內涵有其必要性[100]。惟兩者在醫療臨床實務上界線並非未明確劃分，醫療輔助行為應在醫師之「指示」下行之[101]。茲就「指示」與醫療輔助行為說明如下:

---

[96]陳忠五，醫療行為與消費者保護法服務責任之適用領域; 台灣台北地方法院八五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八十七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決評釋，台灣本土法學雜誌，第7期，2000年2月，頁37。

[97]翁文能，由社會的需求看專科護理師的角色，台灣醫界，第53期，2010年，頁26–27。

[98]童恒新、蔡秀鸞、王采芷，台灣專科護理師職業現況調查，台灣醫學，第14卷第3期，2010年5月，頁264–271。

[99]邱慧洳，註94文，頁50–66。

[100]邱慧洳，依法律觀點論專科護理師之執業範圍，醫事法學，2012年12月，頁65。

[101]蔡振修，違反醫師罪-密醫罪修正條文析論，醫事法學，第10卷第1期，2002年3月，頁23。

一、「指示」之定義:

醫療輔助行為應在醫師之「指示」下行之，「指示」係指醫師就此所為之口頭或書面醫囑[102]，而護理人員依照醫囑執行醫療輔助行為，不限於醫師需要親自在場指示或目視所及之範圍以內[103]。醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載和施行麻醉等之醫療行為，應由醫師親自執行。其餘醫療行為得在醫師就特定病人診察後，由護理人員依照醫師醫囑執行之。惟該行為所產生之責任或後果應由醫師負責[104]。醫師診察病人後，認有為病人有抽血檢驗之必要時，得為口頭方式為醫矚，而且須於24小時內完成書面紀錄或書面醫囑由護理人員為病人執行抽血之醫療輔助行為[105]。口頭醫囑或不限於醫師需要親自在場指示或目視所及範圍以內之醫療行為，但是臨床實務上爭議頗多。

二、醫療輔助行為之內涵:

醫療輔助行為是一不確定的法律概念，法條使用之法律概念，有多種解釋之可能時，參照司法院大法官釋字第五八六號解釋之意旨，衛生福利部為得基於職權，針對不確定法律概念「醫療輔助行為」作出解釋性之行政規則[106]。衛生福利部對「醫療輔助行為」曾作出兩次概括解釋，惟概括解釋對臨床實務運作而言不具明確性，部分醫院和醫師仍無所適從，故有許多單位或個人去函請求衛生福利部就具體個案是否為醫療輔助行為，為個案作出解釋。以下就「醫療輔助行為」之概括解釋與個案解釋分述如下:

---

[102]衛生署(94)年衛署字第0940070563號函。

[103]衛生署(94年衛署字第0940005560號函。

[104]衛生署(85)年衛署字第85072934號函。

[105]醫療法第68條第3項。

[106]司法院大法官釋字第五八六號解釋略以: 法條使用之法律概念，有多種解釋之可能時主管機關為執行法律，雖得基於職權，作出解釋性之行政規則，然其解釋內容仍不得逾越母法文藝可能之範圍。

(一)概括解釋

衛生福利部於民國八十二年對護理人員法第二十四條第一項第四款所稱醫療輔助行為之範圍作出函釋如下: 1. 侵入性檢查之護理。2. 侵入性治療、處置之護理。3. 各項手術全程護理。4. 分娩全程護理。5. 放射線檢查、治療之護理。6. 化學治療之護理。7. 氧氣療法、光線療法之護理。8. 恢復室加護病房(含精神科保護室)，洗腎室、急診室病人全程護理。9. 住院病人、暫留病人口服藥物之投與。10. 生命徵象監視儀器之監測。11. 住院病人生命徵象之測量與評估。12. 其他經中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為[107]。但是我們認為此函釋對臨床實務的執行上幫助並不大，因為醫療輔助行為具抽象性很難做出明確的區分，醫療行為與醫療輔助行為之種類非常多元，醫院很難以藉此函釋判斷介於模糊地帶的醫療行為是否為醫療輔助行為，例如:「靜脈注射及給藥」、「動脈穿刺」、「引流管或導尿管之置入與拔除」...等技術為醫療行為抑或醫療輔助行為，無從由此函釋來判斷。因為此函釋之內容具抽象性，因此上述函釋公告不久後，衛生福利部另為函釋補充說明「護理人員法第二十四條第一項第4款所稱醫療輔助行為，係屬醫療業務範圍，如未依同條第二項規定，在醫師的指示下行之，即不符醫師法第二十八條第一項但書第二款之條件，自屬構成違反醫師法第二十八條第一項本文之規定」。民國八十二年衛生福利部所公告之醫療輔助行為範圍將「醫療」與「護理」混淆，公告之內容多屬醫療業務性質，然文末卻冠上「護理」兩字，故衛生福利部於民國九十年將「....之護理」調整成「輔助.....」，以符合「醫療輔助行為」一詞[108]，內容如下: 1. 輔助施行侵入性檢查。2. 輔助施行侵入性治療、處置。3. 輔助各項手術。4. 輔助分娩。5. 輔助施行放射線檢查、治療。6. 輔助施行化學治療。7. 輔助施行氧氣療法 (含吸入療法) 、光線療法。8. 輔

[107]衛生署(85)年衛署醫字第85072934號函。

[108]衛生署(82)年衛署醫字第8255075號函。

助藥物之投與。9. 輔助心理、行為相關治療。10. 病人生命徵象之監測與評估。11.其他經醫療中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為[109]。但本文認為此函釋，只有文字稍略為調整，如同民國八十二年之函釋，其仍具相當程度的抽象性與模糊性的空間[110]。而且護理業務難道不是醫療業務或是輔助醫療業務的一部分?臨床實務上真的很難做出明確的切割[111]。

(二)個案解釋: 衛生福利部對「醫療輔助行為」作出數則函釋，因此依照衛生福利部函釋將醫療輔助行為區分為三類型:1.「無區分類型」: 醫療行為不區分情況，一律為醫療輔助行為。2.「區分類型」: 醫療行為區分情況，某些情況（如具危險性）則應由醫師為之;反之若不具危險性，則為醫療輔助行為，可在醫師指示下由護理人員為之。但是是否具危險性就有很多模糊地帶，造成區分上的困難。3.「視同指示類型」: 醫療行為基於公共衛生政策雖無醫生指示，但可視同在醫師指示下行之[112]。但是基於公共衛生政策就有很多討論的空間，造成執行上的困難。詳細內容請參考本文第三章第一節。

專科護理師制度在美國已行之有年，始於西元一九六〇年代，為解決醫師人力不足之問題與提升照護品質[113]。於民國七十五年起，我國長庚醫院與馬偕醫院陸續引入此制度[114]。惟專科護理師此一角色並不似護理師護士具法源依據，為避免專科護理師執行業務遊走於法律邊緣，經醫護界多年努力，護理人員法於民國八十九年增訂第七條之一第一項:「護理師經完成專科護理師訓練，並經中央主

---

[109]蔡振修，註101文，頁22。

[110]衛生署(90)年衛署醫字第0900017655號函。

[111]邱慧洳，註94文，頁50–66。

[112]邱慧洳，註37文，頁77–90。

[113]張瑀玲、林欣欣，從美國急症執業護理師看台灣專科護理師之發展，長庚護理，第19期，2008年6月，頁212–217; 王曼溪、林文綾，專科護理師的養成與發展，護理雜誌，第54卷第2期，2007年12月，頁11–15; 蔡淑鳳、王秀紅，註95文，頁5–10。

[114]唐婉如、葉青惠，專科護理師的養成與發展，護理雜誌，第54卷第2期，2007年4月，頁85–90。

管機關甄審合格者，得請領專科護理師證書」[115]。自此，「專科護理師」始有法源依據[116]。然而，民國八十九年之修法僅賦予專科護理師制度法源依據與規範專科護理師之名稱的專用權，而醫護實務界最關心之「專科護理師執業範圍」卻沒有詳細規範，實為美中不足[117]。既然專科護理師制度之法源係由護理人員法所賦予，故判斷專科護理師之執業範圍仍應求諸於該法第二十四條第一項。關於專科護理師執業範圍之判斷，除了求諸於護理人員法第第二十四條第一項外，衛生福利部亦曾在民國九十六年至九十七年間以三函釋在「醫療輔助行為」範圍內解釋專科護理師執業範圍。從「針對專科護理師執業範圍之函釋」，亦從「針對醫療輔助行為一詞所為之函釋」來介紹專科護理師之執業範圍，並分析此等函釋之缺失如下:

一、針對專科護理師執業範圍之函釋

(一)函釋內容:

關於「專科護理師執業範圍」衛生福利部作出函釋如下:「1. 住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問。2. 記錄住院病人病情及各項檢查、檢驗、結果。3. 處理住院病人及其家屬醫學諮詢及病情說明。4. 在醫師指示下，得開立檢驗、檢查申請單，但該檢驗、檢查申請單需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於二十四小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立檢驗、檢查單。5. 在醫師指示下，得開立領藥單。但該領藥單上需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於二十四小時內。依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立處方箋。6. 其他經中央主管機關認定宜由專科護理師執行之醫療輔助行為」[118]。由上述第六款亦可得知專科護理師之執業範圍受限於「醫療輔助行為」

---

[115]魏倩雯、童恆新、林秋芬、孫吉珍、史曉寧，台灣北部地區醫院專科護理師自我角色知覺，護理雜誌，第58卷第2期，2011年4月，頁22–30。

[116]台灣專科護理師學會網站，http://www.tnpa.org.tw; 護理人員法第七條之一第一項。

[117]護理人員法第七條第二項: 非領有專科護理師證書者，不得使用專科護理師名稱。

[118]衛生署(96)年衛署醫字第0962801033號函。

的規定。衛生福利部亦針對管路之置放、拔除與傷口縫合為函釋如下:「侵入性醫療行為，係指醫療行為步驟中，採穿刺、皮膚切開術、將器械、外來物如經周邊置入之中央導管、膀胱造瘻管、腎臟造瘻管，手術中置放SEEP頭針 (頭皮內)置入人體,以為引流,抽吸或給藥等行為。前述管路置入因有相當程度之危險性，宜由醫師親自為之。其中有關護套 (Sheath)及胸、腹部引流管等管路拔除，具有相當程度之危險性，宜由醫師親自為之。管路拔除後之皮膚傷口加壓止血，如經醫師診察判斷後，可指示專科護理師協助之」[119]。同一函釋中，衛生福利部亦針對傷口縫合為解釋:「傷口縫合高度專業技術，並具有相當之危險性，係屬手術連續過程之一環，應由醫師親自為之，專科護理師如執行前揭業務業已逾越法律規定。惟為死亡病人傷口縫合非屬執行醫療業務，可由專科護理師為之。」衛生福利部亦針對病程紀錄單 (progress note)為函釋如下:「法無明文規定屬某類醫事人員之記載及專用，醫師親自執行醫療業務之病歷記載，以口述方式，由專科護理師擔任輔助記錄人詳實代筆，且於病歷加註『輔助紀錄人 000』後，由醫師確認並依醫師法第十二條規定辦理，尚無不可」[120]。

(二)函釋內容的缺失:

惟上述有關衛生福利部函釋，存有兩缺失，茲分析如下

1. 缺失一: 相關函釋不足。臨床上，專科護理師所執行之業務，種類繁多，而衛生福利部僅就「可否為醫學諮詢及病情說明、開立檢驗單、檢查單與領藥單,，放置與拔除管路、傷口縫合，書寫病程記錄單」為解釋，此寥寥可數之函釋完全無法涵蓋專科護理師在臨床上所執行各項複雜醫療相關業務之範圍,造成專科護理師不知「某些介於醫療行為與醫療輔助行為之模糊地帶」之措施可否執行，也因衛生福利部未明確釐清專科護理師執業範圍,所以許多醫療機構規範專科護理

[119]衛生署(97)年衛署醫字第0972800485號函。

[120]衛生署(97)年衛署醫字第0972800522號函。

師所得執行之醫療相關業務項目並不相同，形成「一人一把號，各吹各的調，各自解釋」的現象，然而醫療相關執業範圍之界定專科護理師角色發展與定位之關鍵[121]。我們建議衛生福利部應儘速釐清與詳細說明之。

2. 缺失二：相關函釋過於保守。

專科護理師制度乃在解決醫師人力不足而替代或幫助醫師執行醫療業務，許多研究亦印證了專科護理師角色之設立有助於提升醫療照護品質[122]。惟上述函釋過於保守，除了「可為醫學諮詢及病情說明，開立檢驗單、檢查單與領藥單、書寫病理紀錄單」此四種業務有別於護理師護士執業範圍，讓人耳目一新外，其他部分之解釋（如「不可放置與拔除管路、傷口縫合」）無疑使具有進階性質之專科護理師其位階等同於停留在護理師、護士的地位，無法滿足臨床實務對專科護理師角色之期待，本文建議衛生福利部應區別護理師、護士與專科護理師之醫療業務執業範圍，始能顯示出專科護理師角色之進階性與專業性。

二、針對「醫療輔助行為」所為之函釋:

（一）函釋內容衛生福利部對專科護理師執業範圍雖只作出上述三種函釋，專科護理師制度仍受護理人員法所規範，故護理師、護士所為之醫療輔助行為，包括如靜脈抽血、肌肉或皮下注射、導尿管放置、氣切套管定期更換、鼻胃管定期更換與拔除、簡易褥瘡清創手術及換藥與簡易之傷口縫線拆除，專科護理師亦得為之，乃當然之理[123]。

---

[121] 易成、侯怡慧、馬素華、唐婉如、陳文哲，北部醫學中心專科護理師對自身角色的看法，護理雜誌，第55卷第3期，2008年6月，頁31–38; 童恒新、蔡秀鸞、王采芷，註98文，頁264–271。

[122] 王曼溪、林文綾，註113文，頁11–15; 蔡淑鳳、王秀紅，註95文，頁5–10。

[123] 衛生署(86)衛署醫字第86012072號函; 衛生署(93)衛署醫字第0930004477號函; 衛生署(92)衛署醫字第 0920063011號函; 衛生署(97)衛署醫字第0970206340號函。衛生署(97)衛署醫字第0970201201號函; 衛生署(93)衛署醫字第0930022696號函。衛生署(90)衛署醫字第0900043784號函。

然而氣切套管初次更換與拔除[124]、鼻胃管初次置入[125]、非簡易褥瘡清創術與非簡易傷口縫線拆除[126]，只得由醫師親自執行，護理師、護士不得為之，故專科護理師亦不得為之。

(二)缺失

惟上開衛生福利部的函釋，存有兩缺失，分析如下:

1. 缺失一: 與護理師或護士之執業範圍並無區分。

現行法的規定之下，護理師、護士得為醫療輔助行為，而專科護理師亦僅得為醫療輔助行為，惟兩者所得為之醫療輔助行為範圍應該要有不同並且能夠區分，始能突顯專科護理師之專業性，並解決醫師人力不足而替代醫師人力及協助醫師之目的。故而，氣切套管初次更換與拔除、鼻胃管初次置入、非簡易褥瘡創術與非簡易傷口縫線拆除，護理師或護士不得為之，乃合宜解釋。惟專科護理師乃是進階的護理師，其受過多年臨床實務訓練且經衛生福利部甄審通過，我們認為此類風險性稍高之醫療輔助行為由有經驗的專科護理師來執行應係衛生福利部未來可考慮之方向[127]。

2. 缺失二: 受限於醫療輔助行為過於保守與限制太多。

依照專科護理師之進階性、專業性與獨立性，專科護理師執業範圍是否應如護理師、護士受限於醫療輔助行為的規定?助產人員法第二十五條規定:「助產人員業務如下: 一、接生。二、產前檢及保健指導。三、產後檢查及保健指導。四、嬰兒保健指導。五、生育指導。六、其他經中央主管機關認定之項目」。而二十六條也規定:「助產人員於執行正常分娩之接生時，得依需要施行灌腸、導尿、

---

[124]衛生署(97)衛署醫字第0970206340號函。

[125]衛生署(90)衛署醫字第0900043784號函。

[126]衛生署(90)衛署醫字第0900043784號函。

[127]翁文能，註97文，頁26–27; 邱慧洳，論專科護理師的執業範圍與值班現象，法學論述，2016年，8月號，頁50–66。

會陰縫合及給予產後子宮收縮劑等必要事項」，由此觀之，助產人員得獨立執行灌腸、導尿，會陰縫合及給予產後子收縮劑，以上述之醫療行為並不須要經過醫師指示。而專科護理師之進階性、專業性與獨立性應該更超越助產人員。我們建議立法者應考慮在某些情境下，某些醫療行為是可以不須要經過醫師的指示，而可由專科護理師獨立為之。將專科護理師之執業範圍由受限於「醫療輔助行為」提昇至「醫療行為」的範疇，始能呼應專科護理師的建置以及為解決醫師人力不足和提升醫療品質之目的[128]。

專科護理師值班之適法性:「值班」究竟是否為專科護理師之執業範圍?根據護理人員法並無法條規範專科護理師有值班義務。雖然「護理機構分類設置標準」之「護理機構設置標準表」規定護理之家「二十四小時均應有護理人員值班」，但此處所稱之「值班」應係指「上班」而言，如同在醫院中亦有護理人員二十四小時均有人上班照顧病人[129]。反觀醫療法與醫療法施行細則對醫師設有值班規定，醫療法第五十九條規定「醫院於診療時間外，應依其規模及業務需要，指派適當人數之醫師值班，以照顧住院及急診病人」，醫療法施行細則第四十一條更進一步規定「醫院依本法第五十九條規定。於診療時間外照顧住院及急診病人應指派醫師於病房及急診部門值班，設有加護病房、透析治療床或手術恢復室者於有收治病人時，應另指派醫師值班」，由上可知，醫療法與其施行細則規定醫院值班的主體是醫師，而值班當然與專科護理師無關。值得注意的是醫療法第一0二條規定「違反第五十九條。處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善;屆期未改善者,按次連續處罰」。然而目前許多醫院以專科護理師代替醫師值班，實已經違反第五十九條，主管機關 (當地衛生局)應可依法開罰。

有關護理人員值班的問題，台北市衛生局於民國九十六年訂定「臺北市立聯合醫院資深護理師執行業務管理作業要點」，其中第十八點竟規範專科護理師之

---

[128]邱慧洳，註94文，頁50–66。

[129]衛生署(97)衛署照字第0982800807號函。

「出勤應比照本院醫護人員規定，值班則依照醫院的值班表實際在院工作」[130]。由此可知，台北市衛生局早已默許專科護理師得值班而且將之明文化，台北市衛生局本身是「人民違反醫療法第五十九條之裁罰機關」，然而卻默認專科護理師得值班，實在不可思議，醫院的管理階層也沒有提出解決的方法。另一方面，從法規規範效力的角度觀察，依地方制度法第三十條規定，自治規則與法律牴觸者，無效。「臺北市立聯合醫院資深護理師執行業務管理作業要點」屬自治規則其第十八點規定應已牴觸醫療法第五十九條「僅醫師得值班」之規定。

專科護理師值班之正反思辯:專科護理師在醫院值班，對專科護理師而言，缺點為執業風險以及責任之增加，優點為專科護理師專業地位和獨立性的的提升;對整個醫療環境而言，優點為解決醫師人力不足的問題，尤其是內、外、婦、兒、急五大科（五大皆空）。對病患而言，可能存有危及病患安全之隱憂以及增加輪班護理師的壓力。天秤的一端是專科護理師執業風險的增高、病患安全的隱憂和輪班護理師的壓力，而天秤的另一端是專科護理師專業地位和獨立性的的提升、醫師人力不足問題的解決，面對這樣的天秤，要往哪一端傾斜或要如何取得兩者間的平衡?有賴醫界與護理界集思廣益凝聚共識。有關由專科護理師代替醫師值班的問題，如果是因為「醫師人力不足」與五大皆空的現實環境，「專科護理師代替醫師值班」如果為不得不然之選項，「專科護理師值班」也應該有「法律」位階的法源依據而不是由行政機關（衛生福利部)一聲令下即上路，沒有「立法」背書，僅有「行政」的加持，對專科護理師之執業法律上的保障顯然不足[131]。專科護理師執業範圍此等有關乎人民權利之重大事者，應該受到法律的保障乃是當然[132]。除了賦於專科護理師值班之法源依據外，有些學者認為「醫療業務、

---

[130]台北市衛生局(96)北市衛醫護字第09634035300號函。

[131]王曼溪、林文綾，註113文，頁125。

[132]邱慧洳，同註94文。

醫療行為」之概念可能隨著時空背景與現實環境的需要而改變[133]。因此我們建議應賦予認為「在值班情境的專科護理師」可獨立為醫療行為而無須待醫師指示的權限，如不賦予此權限，縱使專科護理師值班於法有據，專科護理師於值班中時常觸犯醫療法相關規定例如密醫罪，值班制度雖使專科護理師易遊走密醫罪邊緣，然而並非無解決之道，解決之道即是將「值班」搭配「專科護理師可獨立為醫療行為」之配套措施[134]。有關立法建議。倘礙於現實考量，專科護理師代替醫師值班」有其必要性，亦應有「法律」位階的法源依據支持「專科護理師值班」[135]。

有關專科護理師在醫師指示下所執行之醫療行為，所謂的指示應該包括指導與意思表示。專科護理師在指示下所執行之醫療輔助行為，有關口頭醫囑的部分，口頭醫囑係因醫師無法在現場，經由口頭或電話告知專科護理師或護理站護士執行醫囑，根據規定醫師須在二十四小時內補齊書面資料，然而在緊急狀況下，口頭醫囑的實施就有其困難，尤其在本個案中，病患的病情急遽快速變化，因此專科護理師對於口頭醫囑的執行就有其困難。口頭醫囑如果立即執行，例如止痛藥的給予或是鎮定劑的給予，立即給予之後，醫師在二十四小時內補全口頭醫囑的書面資料即可[136]。可是有些口頭醫囑屬於在有需要的狀況下給予，及一般所謂PRN醫囑，至於是否需要則需視病患當時狀況而定。例如止痛藥需在病患表示疼痛狀況下才給予，即為PRN醫囑，這樣的口頭醫囑在法律上的定位則較有爭議性，病患如有疼痛則給予止痛藥是較為單純的例子，可是疼痛也有不同等級，何時才給也有爭論？如病患有噁心或嘔吐現象時須予以禁食，或給予鼻胃管放置，這種在有需要時才執行的醫療行為，有需要就涉及醫療專業上的判斷，在醫療上病患病情的判斷，專科護理師是否有能力可執行病患病情的判斷，在臨床上就有爭議

---

[133]王志嘉，註88文，頁125。
[134]邱慧洳，註94文，頁73。
[135]邱慧洳，註94文，頁50–66。
[136]邱慧洳，同註94文。

與困擾。尤其當醫師不在現場或病患狀況有變化時，「依當時狀況執行」的口頭醫囑在執行上，就有其灰色地帶。因此醫師的口頭醫囑對於專科護理師執行醫療輔助行為的影響，需要做進一步的探討，最好有明確適當的規範， 並且儘可能以臨時醫囑，也就是臨時所開立非常規執行的醫囑即 STATE ORDER，並且在二十四小時內補全書面醫囑，這樣最符合目前的規定。可是如果是依當時狀況執行，即PRN醫囑，應儘量減少開立，因依當時狀況決定是否執行，即涉及專業判斷專科護理師是否有能力做這樣的判斷，或是否有資格作這樣的判斷，在醫療上和法律認知上，確實具有爭議性，因此對於口頭醫囑的規範必須更為明確，這樣在醫師與專科護理師之間才能達成一致的溝通認知，也才能更為完善的保障病患安全。

另外對於口頭醫囑的執行要特別謹慎，尤其在發生醫療糾紛時口頭醫囑往往演變成各說各話的局面，因為在台灣口頭醫囑如果沒有以文字的形式在病歷上呈現的情況下，口頭醫囑往往造成責任歸屬判斷上的盲點，比如專科護理師可能表示專科醫師有提出口頭醫囑，因而據此執行醫療輔助行為，而主治醫師表示並未提出口頭醫囑，因此對於口頭醫囑的開立與執行均應特別謹慎，醫師與專科護理師對於口頭醫囑應有「口頭醫囑是基於病患在緊急狀態下或臨時突發狀況下，醫師不在現場而病患亟需處理時的一個變通方法」的認知。而變通並不表示醫療品質可以隨之降低，因此口頭醫囑在醫護雙方均須要有一致的認知與瞭解，同時醫師對於專科護理師所回報病患的狀況也要詢問清楚完全掌握之後，再提出口頭醫囑，這樣病患的安全才有保障。

國立政治大學 National Chengchi University

第三節 專科護理師法規與制度

有關法理與制度對專科護理師的規範，台灣專科護理師學會理事長蔡秀鸞教授指出[137]:

一、專科護理師的法源主要來自於護理人員法以及專科護理師分科及甄審辦法，但法規中並未明訂專科護理師的執業範圍。

二、衛生福利部在2007年以解釋函說明專科護理師執業的範圍。其中包括: 專科護理師可在醫師指示下開立檢驗單和領藥單，但醫師仍需在24小時內親自補開立檢驗單與處方，方符合醫師法及醫療法規定。此外，相關執業內容應該在醫院成立專科護理師執業委員會制訂相關準則後方能執行。

三、專科護理師的定位僅是護理專業能力的進階認定，然而其業務範圍與一般護理並無不同，若欲以專科護理師彌補醫療機構中醫師的人力資源缺口，則需考慮將醫師執行的醫療行為劃出部分為專科護理師業務，使其在執行時不必事事等候醫師的醫囑，在法律層面這同時牽涉到護理人員法與醫師法的修正。

有關台灣專科護理師制度介紹如下:

一、專科護理師的發展背景來自於:

(一)社會對於醫療品質與醫學教育品質提高。

(二)配合健康保險制度的各項條件與限制。

(三)醫院數量上升以及病床數的急速增加，導致醫師人力短缺。

專科護理師名稱、定位、取得條件是依據護理人員法第7條第2項（民國89年11月修正）非領有護理師或護士證書者，不得使用護理師或護士名稱，非領有專科護理師證書者，不得使用專科護理師名稱，護理人員法第7條之1（民國89年11月增訂）護理師經完成專科護理師訓練，並中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科護理師證書，領有護理師證書並完成相關專科護理師訓練者，均得參

[137]蔡秀鸞，同註1，2文。

加專科護理師之甄審。

專科護理師之分科及甄審辦法，由中央衛生主管機關定之，於民國103年8月20日依據修法之前，民國96年專科護理師執業範圍公告 (民國96年6月20日衛署照字第0962801033號函)包括住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問。記錄住院病人病情及各項檢查、檢驗結果。處理住院病人及其家屬醫學諮詢及病情說明。在有醫囑或醫師指示下，得開立檢驗、檢查申請單，但該檢驗、檢查申請單需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於24小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立檢驗、檢查單。在醫囑或醫師指示下，得開立領藥單，但該領藥單上需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於24小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立處方箋。其他經中央衛生主管機關認定宜由專科護理師執行之醫療輔助行為。上述執業內容，應在醫院成立專科護理師執業委員會制定臨床護理指引（Clinical nursing guideline) 或臨床護理路徑(Clinical nursing pathway)後執行。

根據衛生福利部函釋，醫療輔助行為本質為醫療行為，例如打針，其乃醫療行為，但其危險性不高，故可交由護理人員依據醫師指示執行。醫療行為之定義與內涵，法無明文規定，乃由衛生福利部以行政函釋規範，因之「醫療行為」概念應與時俱進，醫療業務的多樣性與新技術、新儀器、新檢驗、新檢查方法的引進，始可回應時代變遷所造成之社會需求。

立法院院委員蘇清泉等21人擬具「護理人員法第二十四條條文修正草案」審查報告。

一、本案係本院第8 屆第5會期第9次會議報告後決定：「交社會福利及衛生環境委員會審查」。

二、本會於民國103年5月28日舉行第8 屆第5會期第31次全體委員會議，審查本院委員蘇清泉等21人擬具「護理人員法第二十四條條文修正草案」。由徐召集委員少萍擔任主席，邀請衛生福利部邱部長文達列席說明並答覆委員質詢，另亦邀

請法務部派員列席備詢。

三、本案提案要旨概述如下：

（一)委員蘇清泉等21人提案：

鑑於護理人員法於民國89年增訂第七條之一明訂專科護理師教育、考試、訓練及任用之規劃，然而專科護理師執業範圍卻無明訂，僅有衛生福利部之行政函釋，其執業範圍僅包括協助醫師執行醫學諮詢、病情說明、開立檢驗單與領藥單、書寫病程紀錄單。然在現行臨床實務上，有許多情況是在醫師指示下執行之醫療業務，在無法規將其明確化的環境下，恐使專科護理師日常執業遊走於密醫罪之法律邊緣。為避免觸法，應賦予專科護理師應在醫師指示下可執行的醫療業務之法源依據。爰此，擬具「護理人員法第二十四條條文修正草案」，增訂專科護理師的執業範疇，亦可保障病患照護之安全。說明如下：

1. 護理人員法於民國89年增訂第7 條之1 第1 項，其規定：「護理師經完成專科護理師訓練，並經中央主管機關甄審合格者，得請領專科護理師證書。」自此，「專科護理師」始有法源依據。然而，專科護理師執業範圍卻無明訂，僅有衛生福利部之行政函釋，其執業範圍僅包括協助醫師執行醫學諮詢、病情說明、開立檢驗單與領藥單、書寫病程紀錄單。然在現行臨床實務上，有許多情況是在醫師指示下執行之醫療業務，在無法規將其明確化的環境下，恐使專科護理師日常執業遊走於密醫罪之法律邊緣。為避免觸法，應賦予專科護理師應在醫師指示下可執行的醫療業務之法源依據。

2. 根據台灣專科護理師學會於民國102年之調查報告指出，台灣目前共有4,463 位領有證照的專科護理師主要在醫學中心（40%）、區域醫院（50%）、和地區醫院（10%）提供民眾醫療和護理的服務，少數的專科護理師在護理之家或安養中心服務。其在臨床扮演直接照顧者、教育者、諮詢者、協調者、和品質維護者之角色，而日常實務照護工作內涵含括： 病史訪談與身體評估、教育病人、家屬和醫事人員、提供諮詢、向病人和家屬解釋病情、病程分析、轉介病人、

出院準備服務、及出院追蹤和執行醫療輔助行為，甚至在醫師指示下執行現行法規中須具醫師資格始能執行之醫療行為，在現今住院醫師及部分科別醫師人力缺乏的時空環境下，維持照護品質有實質幫助。

3. 在現行臨床照護實務上，專科護理師在醫師指示下執行醫療業務所在多有，恐使專科護理師執業遊走於密醫罪之法律邊緣。為避免專科護理師觸犯醫療法，應賦予專科護理師在醫師指示下得執行醫療業務之法源依據，故擬具「護理人員法第二十四條條文修正草案」增訂第三項及第四項條文，讓中央主管機關擬定辦法並公告週知，以明確其執業範圍，並確保民眾照護安全[138]。

四、衛生福利部部長邱文達說明：

(一)委員蘇清泉等21人擬具「護理人員法第24 條條文修正草案」說明：委員蘇清泉等21人，鑑於護理人員法於2000年增訂第七條之一明訂專科護理師教育、考試、訓練及任用之規劃，然而專科護理師執業範圍卻無明訂，僅有衛生福利部之行政函釋，其執業範圍僅包括協助醫師執行醫學諮詢、病情說明、開立檢驗單與領藥單、書寫病程紀錄單。然在現行臨床實務上，有許多情況是在醫師指示下執行之醫療業務，在無法將其明確化的環境下，恐使專科護理師日常執業遊走於密醫罪之法律邊緣。為避免觸法，應賦予專科護理師應在醫師指示下可執行的醫療業務之法源依據。爰此，擬具「護理人員法第24條條文修正草案」，增訂專科護理師的執業範疇，亦可保障病患照護之安全。

(二)本部對上開修正草案意見

1. 護理人員法第24 條條文修正草案，對專科護理師執業範圍將有保障。依現行護理人員法第24 條第1項前3款，是護理人員可獨立執行之業務，而同條第1項第4 款之「醫療輔助行為」，則於同條第2 項規範應在醫師之指示下行之。現委員擬具新增第3 項，規範專科護理師除得執行現行條文第1 項業務外，應於醫

[138]民國105年立法院公報，第103卷，第50 期院會紀錄。

師指示下執行「醫療業務」。新增第3 項有關醫師指示下執行之「醫療業務」與第1項第4款之「醫療輔助行為」兩者業務不同，有關醫師指示下執行之「醫療業務」範疇新增於第4 項，並授權以子法訂定之。

2. 有關「醫療業務」部分，說明如下：

(1)醫師法第28 條所稱醫療業務，係指以醫療行為為職業而言，不論是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會，為非特定多數人所為之醫療行為均屬之。且醫療業務之認定，並不以收取報酬為其要件。上揭所稱醫療行為，係指以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為之診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為處方、用藥、施術或處置等行為全部或一部的總稱。

(2)有關疾病之檢查、診斷與治療，屬醫療業務整體連貫作業。又醫療工作之診斷、處方、手術及施行麻醉等醫療行為，係屬醫療業務之核心，應由醫師親自為之，其餘醫療工作得在醫師就特定病人診療後，由各該醫事人員本其專門職業法律所規定之業務，依醫師法第28 條第2 款規定之意旨，依醫師指示或醫囑為之。

(3)目前界定「醫療輔助行為」之範圍，如某些侵入性行為是否屬非核心業務，常有模糊空間；未來可於授權辦法中明確界訂僅專科護理師可執行之業務範圍。

3. 準此，本部對提案修法方向敬表同意[139]。

五、經與會委員充分討論、審慎研酌後，爰經決議：第二十四條條文照委員蘇清泉等21人提案及委員江惠貞等5人所提修正動議將條文修正為：「護理人員之業務如下：

（一）健康問題之護理評估。

---

[139]立法院公報，第103卷，第50 期院會紀錄，同註138文。

（二）預防保健之護理措施。

（三）護理指導及諮詢。

（四）醫療輔助行為。

前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。

六、專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。

七、通過附帶決議1 項：

《護理人員法》第二十四條第三項修正條文規定，依《護理人員法》第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，於其實習期間在醫師及專科護理師指導下得實習專科護理師業務範圍，儘管此項修正可以讓專科護理師執業範圍更臻完備，但為避免此規定於立法後遭到不當引用，衍生相關問題，爰要求衛生福利部為因應本次條文修正，應檢討《專科護理師分科及甄審辦法》，對所謂「依護理人員法第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師」進行周全之定義及規範，俾使《護理人員法》第二十四條第三項之修正能更為完善。

護理人員法第二十四條條文修正草案（二讀）

第二十四條護理人員之業務如下：

（一）健康問題之護理評估。

（二）預防保健之護理措施。

（三）護理指導及諮詢。

（四）醫療輔助行為。

前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。

專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。

前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。

國立政治大學 National Chengchi University

主席：第二十四條照審查條文通過。

本案已全部經過二讀，現在繼續進行三讀，請問院會，有無異議？（無）無異議，現在繼續進行三讀。宣讀。

修正護理人員法第二十四條條文（三讀）

與經過二讀內容同，略

主席：三讀條文已宣讀完畢，請問院會，對本案有無文字修正？（無）無文字修正意見。

本案決議:「護理人員法第二十四條條文修正通過。」請問院會，有無異議？（無）無異議，通過。現在處理審查會所做附帶決議。

附帶決議：

一、《護理人員法》第二十四條第三項修正條文規定，依《護理人員法》第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，於其實習期間在醫師及專科護理師指導下得實習專科護理師業務範圍，儘管此項修正可以讓專科護理師執業範圍更臻完備，但為避免此規定於立法後遭到不當引用，衍生相關問題，爰要求衛生福利部為因應本次條文修正，應檢討《專科護理師分科及甄審辦法》，對所謂「依護理人員法第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師」進行周全之定義及規範，俾使《護理人員法》第二十四條第三項之修正能更為完善。

主席：請問院會，對以上附帶決議有無異議？（無）無異議，通過[140]。

本案於完成立法後，有委員登記發言，每位委員發言時間為2分鐘。請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉：（16 時32 分）主席、各位同仁。本席等提出的護理人員法第二十四條條文修正案，今天在取得朝野立委共識的情況之下，完成三讀程序，新增該條文第三項、第四項，使專科護理師及專科護理師訓練期間的護理師們，得於醫

[140] 立法院公報，第103卷，第50 期院會紀錄，同註138文。

師的指示之下執行醫療業務，該業務範疇由衛生福利部明定之。在現今醫師人力不足的時空環境且有納入勞基法的壓力下，此次修法通過，不但確保全台四千多位已領有專科護理師證照的同仁們，以及在培訓中的護理師，在日常的照護中免於執業範疇不明而觸犯密醫罪的風險，更積極的意義是確立專科護理師在照護團隊中的角色和定位，同時也使全國百姓接受醫療照護的品質能更有保障。今天法案的通過，解決長久以來兢兢業業、辛苦付出的專科護理師們心裡很深沈的憂慮，也讓臨床執業合作的醫師們在照護工作安排上有法可以依循，直接減少臨床執業合作上的衝突。感謝各行政單位，以及朝野立委尤其是田秋堇委員、劉建國委員等，對此法修訂的支持和努力，這劃時代的一刻，我們共同創造了以病人為中心的和諧執業環境，讓專科護理師執業法制化又向前邁開一大步，感謝各位！

專科護理師法規制度的整理：專科護理師執行之業務與住院醫師工作範圍多有重疊，而法源僅依據護理人員法第 24 條第 2 項之概括規定與主管機關相關函釋，容許專科護理師在醫師指示下執行醫療輔助行為，在法規層面上並沒有完整妥善的討論與規劃，由於專科護理師執業範圍法源位階不足，法規界定不明確，使專科護理師執行醫療行為忐忑恐有違法之虞，也引起公眾對其健康照護安全的疑慮。

《護理人員法》第二十四條第三項修正條文規定，依《護理人員法》第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，於其實習期間在醫師及專科護理師指導下得實習專科護理師業務範圍，儘管此項修正可以讓專科護理師執業範圍更臻完備，但為避免此規定於立法後遭到不當引用，衍生相關問題，爰要求衛生福利部為因應本次條文修正，應檢討《專科護理師分科及甄審辦法》，對所謂「依護理人員法第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師」，進行周全之定義及規範，俾使《護理人員法》第二十四條第三項之修正能更為完善。

提案人：徐少萍、江惠貞

連署人：楊玉欣、 蘇清泉、 吳育仁、 王育敏

護理人員法第二十四條條文修正法案二、三讀通過

立法院公報第 103 卷第 50 期院會紀錄

時間中華民國 103 年 8 月 5 日（星期二）上午 11 時 48 分

地點本院議場

主席洪副院長秀柱

護理人員法第二十四條條文修正草案（二讀）

第二十四條護理人員之業務如下：一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。主席：第二十四條照審查條文通過。本案已全部經過二讀，現在繼續進行三讀，請問院會，有無異議？（無）無異議，現在繼續進行三讀。宣讀。

修正護理人員法第二十四條條文（三讀）

與經過二讀內容同，略—主席：三讀條文已宣讀完畢，請問院會，對本案有無文字修正？（無）無文字修正意見。本案決議：「護理人員法第二十四條條文修正通過。」請問院會，有無異議？（無）無異議，通過。

專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法第 4 條

一、醫療機構以專師及訓練專師執行監督下之醫療業務者，應成立專科護理師作業小組（以下稱作業小組），由副院長以上人員擔任召集人，護理及醫療部門主管分任副召集人，辦理下列事項：

（一）訂定專師及訓練專師執行監督下之醫療業務時之標準作業程序，包括監督之醫師、醫囑、紀錄及回報病人狀況與處置結果之機制

（二）訂定醫療機構各分科專師及訓練專師可執行前條附表醫療業務範圍之項目及特定訓練。

（三）審查及確認預立特定醫療流程內容。

（四）訂定執行預立特定醫療流程之標準作業程序。

（五）定期檢討專師及訓練專師所執行監督下之醫療業務之適當性及品質

二、前項作業小組，得與專科護理師分科及甄審辦法之專科護理師培育單位合併設立之。請詳見以下附表一、二、三。

附表一、認定基準

項目		標準
壹、醫院條件	一、設施	經中央主管機關評鑑為教學醫院之醫院。
	二、組織	（一）架構： 訓練醫院應設立「專科護理師培育計畫暨執業規範專責委員會或小組」，由醫院護理部（科）及醫療部（科）共同辦理。 （二）人員： 1. 委員會或小組召集人應由副院長以上人員擔任。 2. 委員會或小組之副召集人，至少應包括內（外）科主治醫師一名及護理部督導以上人員一名。
	三、品質管制	專科護理師培育專責單位應定期開會，備有紀錄、執行各項教學訓練計畫之審查及推動與訓練成果之評估。
	四、指定項目品質評估	（一）定期評估護理師之專科知識、能力、學習態度以及服務品質且存有紀錄。 （二）定期評估教學師資之教學表現，專業素質及服務態度。 （三）定期評估各項教學、服務活動之推展。 （四）對訓練計畫之成果，訂有具體評估計畫。
貳、臨床指導者（須同時置有具右列資格之人員）	一、醫師部分	專科醫師臨床指導者應具備下列資格之一： （一）內（外）科或相當專業專長領域之實務經驗至少 5 年，具主治醫師資格，並持有內（外）科專科醫師資格者。 （二）完成經中央主管機關認定之內（外）科專科護理師指導者訓練者。
	二、護理師部分	專科護理師臨床指導者應具備下列資格： （一）內（外）科或相當專業專長領域之實務經驗至少五年之護理師。 （二）具內（外）科專科護理師證書，且實際從事內（外）科專科護理師工作至少一年或完成經中央主管機關認定之內（外）科專科護理師指導者訓練。

附表二、訓練規範

項目		規範內容	備註
壹、訓練期間		至少六個月	
貳、訓練內容	一、學科課程	應有一百六十小時以上，其範圍如下： （一）醫療品質。 （二）法規與倫理。 （三）專業課程包含專科護理師執業模式及照護品質、健康評估及臨床決策、進階藥理學、進階生理病理學、實驗診斷及判讀、健康促進與疾病預防、個案諮商、健康問題診斷與處置、內外科健康照護、案例分析等科目。	
	二、臨床訓練	（一）內（外）科病人照護至少應有三十個案例。 （二）急重症病人照護至少應有十個案例。 （三）末期病人照護至少應有六個案例。	
叁、臨床訓練重點		（一）協助住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問。 （二）協助填具檢驗單、特殊檢查單、會診單、轉診單及診斷證明等各項臨床單據。 （三）協助記錄住院病人病情及各項檢查、檢驗結果。 （四）協助醫師為臨床處置。 （五）簡易之傷口處置、導管更換。 （六）協助處理住院病人或其家屬醫療諮詢及病情之說明。	

國立政治大學 National Chengchi University

附表三、內（外）科專科護理師指導者訓練規範

項目		規範內容
壹、訓練資格		（一）內科專科護理師指導者： 1. 醫師：內科或相當專業專長領域實務經驗五年以上之主治醫師，並具內科專科醫師資格者。 2. 護理師：內科或相當專業專長領域實務經驗五年以上之護理師。 （二）外科專科護理師指導者： 1. 醫師：外科或相當專業專長領域實務經驗五年以上之主治醫師，並具外科專科醫師資格者。 2. 護理師：外科或相當專業專長領域實務經驗五年以上之護理師。
貳、訓練期間		（一）醫師：應於二個月內完成。 （二）護理師：六個月。但於九十五年辦理者為二個月。
叁、辦理訓練醫院資格		須經中央主管機關認定為具內（外）科專科護理師訓練醫院資格；於未實施認定前，須為評鑑合格之教學醫院。
肆、訓練課程名稱		（一）醫師：須接受核心課程。 （二）護理師：須接受核心課程、成人健康評估課程、及臨床訓練。
伍、訓練內容及時	一、核心課程	（一）專科護理師執業模式：四小時 1. 專科護理師之角色與功能。 2. 醫護共同合作模式之建構。 3. 執業相關品質管理。 4. 教學理念之應用。 （二）進階護理評估：三十六小時 1. 臨床決策與區辨診斷概念。 2. 焦點式病史、評估與檢查。

數	二、成人健康評估課程	（一）成人健康照護共同課程：二十八小時 1. 健康維護及疾病預防準則。 2. 專科護理師之法律及倫理議題。 3. 各項症狀之評估與處置，包括疼痛、休克、內分泌問題、液體、電解質及酸鹼值平衡。 4. 急性照護病患之單位感染、情緒及營養管理。 （二）成人內科健康照護問題評估與處理，包括常見急性照護、心血管、呼吸系統、神經系統、腎臟/泌尿系統及消化系統問題：二十四小時 （三）成人外科健康照護問題評估與處置，包括骨折、創傷、X光判讀與診斷、傷口處理、術前及心血管危險性及移植或開心手術部分：十八小時
	三、臨床訓練	依專長選擇專科領域接受臨床訓練：八百小時（但九十五年辦理者為二百四十小時），接受臨床訓練前，應與訓練醫院之指導導師討論，由訓練醫院擬訂學習護照，安排訓練與評值。

參考台灣專科護理師學會網站，http://www.tnpa.org.tw

。

國立政治大學 National Chengchi University

第四章台灣專科護理師臨床執業法律責任之歸屬判斷

第一節 專科護理師執業範圍包含非侵入性和侵入性醫療行為

「牧師來台佈道，信徒不藥而病除」、「寺廟主持人以香灰為人治病」、「特異人士以氣功療法為人治病，衛生福利部官員派人了解是否是醫療行為？有無違反醫療法規？」之新聞，常見於媒體報導。但是何謂醫療行為？現行衛生醫療法規並未以立法解釋之方式，在法規的條文中加以定義，中央衛生主管機關基於醫政管理上之需要，長期以來均僅藉由行政解釋，對於醫療行為給予定義[140]。醫療行為乃醫療相關業務之核心所在，欲探討醫療相關業務所衍生之各種民、刑事法律關係，應先釐清何謂醫療行為。醫療行為之定義，涉及醫師及其他醫事人員執業範圍之界定，關係到病人及其家屬與醫師或醫療機構間權利義務之事項；醫療行為一詞，如同其他法律用語，不但並非單義，還需視其為公法上或私法上之規範而作不同之定義。公法上之規範目的在於加強醫政管理，故將規範之重點置於醫師資格之取得與密醫行為之取締予處罰；私法上之規範目的在於界定權利義務關係，故將規範之重點置於醫病之間的醫療相關的權利義務關係[141]。

醫事法律上醫療行為之認定，並不以民眾主觀之認知為標準，例如市面上眼鏡行業者為顧客驗配隱形眼鏡，民眾主觀上往往認為係屬商業之買賣行為，但是醫事法律上目前係認定為醫療行為；又如西藥店之藥師並未對民眾進行診斷而販賣藥物之行為，民眾可能認為係屬醫療行為，但在醫事法律上則認為因不涉及診斷而認定為非醫療行為[142]。

---

[141] 郭吉助，醫事法律上之醫療行為(一)由法制面談起，法務通訊，2008年2月28日，第2379期，頁3–6; 劉文瑢編著，醫事法要義，合記圖書出版社，民國88年11月初版，頁159；請參見黃丁全著，醫事法，元照出版公司，民國89年7月，頁120。

[142] 黃丁全著，醫事法，月旦出版社股份有限公司，民國八十四年十一月版，頁77。

依行政院衛生福利部歷年來之見解，醫療行為之意義包涵主觀之意圖（以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的）及客觀行為（診察、診斷、處方、用藥、施行手術）等二項要素，凡外觀上符合上開要件者，即認屬醫療行為，不因當事人之認知其為公法或私法上行為而有所不同。此種解釋及見解，是否妥適？或符合法制，實在有待檢討。我們針對就衛生福利部所認定之醫事法律上之醫療行為之定義及其特徵論述，探討其各種類型，然後再列舉中央衛生主管機關在臨床實務上所認定的醫療行為與非醫療行為，盼能對偵審人員於從事偵查或審理醫療糾紛案件時，有所參考與助益[143]。

醫事法律上之醫療行為定義及其特徵: 行政院衛生署基於醫政管理上之需要，藉由行政解釋，對於醫療行為予以定義，其中最具有代表性者，乃是該署民國八十一年八月十一日衛署醫字第八一五六五一四號函釋所持之見解，其謂:「按醫療行為，係指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱。」該署民國九十一年二月八日衛食字第O九一OO二四七九號函、八月廿七日衛署醫字第O一九OO四七一一O號函示有關「醫療行為」之定義，亦同。根據以上釋示，醫療行為應包含兩大類：

第一大類為：以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為診察、診斷及治療之行為。

第二大類為：基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為處方、用藥、施術或處置之行為[143]。

此種解釋，為行政院衛生福利部多年來之一貫見解，其為醫療行為作成此一定義，係以醫政管理作為首要考量，故將一些有醫療意義或作用、需加以管理或規範文之行為，儘可能地予以包括。但衛生福利部之後發現相關問題爭議甚多，

[143] 郭吉助，註141文，頁3–6。

取締工作難以貫徹，乃再衡量國人傳統之習慣性與施予管理之必要性，針對一些案例，另作個別解釋，以例外方式排除，以符合衛生法規關於醫療關係或醫療行為之規範，目的著重於無醫師資格者執業之禁止與取締的需求。惟透過行政命令加以解釋，並非妥適，未來宜增訂於醫師法或醫療法之相關條文，以符法制。

依此函釋以觀，凡非以治療疾病、矯正或預防疾病、殘缺為目的之行為，即非屬醫療行為，例如，為器官移植而自健康者身上摘除器官、為輸血之需要而自健康者身上抽取血液、為施行人工生殖而自捐贈者身上取精採卵、為進行骨髓移植而抽取他人身上造血系統之骨髓液、以美容為目的之整形行為、非基於治療上之需要而施行的變性手術、墮胎行為等等，實有違醫學上之概念與一般人之看法。查上述行為，除人工取精之行為因不涉及侵入性之醫療動作而不認屬醫療行為外，其他各種行為於衛生行政管理上，目前仍認屬醫療行為。蓋因該等行為往往涉及侵入性之醫療動作，且均係基於醫學之專業知識並以醫學之專業方法行之，基於保障民眾健康之考量，均將之納入醫療行為。廣義而言，該等行為中，器官摘取、抽血或骨髓及取卵等行為，主要係為治療另一病人之疾病、傷害或殘缺，且該另外之病人大多同時或先後將受醫療行為，故尚可以廣義解釋將之納入；至於變性乃與病人精神上之性傾向有關，應可視之為醫療行為；墮胎行為則依優生保健法需具一定之條件始得為之，基本上醫事法律仍視之為醫療行為；整形行為則係因該等行為均須應用醫學專業知識與技術，故事實上仍有列為醫療行為管理之必要。衛生福利部上述函釋所持見解，固然符合禁止未具醫師資格者執行醫療業務之管理上的要求，但卻不甚切合醫病關係危險責任之規範上的需要，為利於醫療責任之歸屬，醫療行為之定義，其實應側重在「一個行為是否以治療為目的，以及該行為對於病人之身體或健康有無侵入性或危險性」[144]。

經由以上之說明，本文認為，「醫療行為」似乎宜定義為：以回復病人之健

[144] 郭吉助，醫事法律上之醫療行為（二）由法制面談起，法務通訊，2008年3月6日，第2380 期，頁3–5。

康、除去其身體之傷害、矯正其身體之缺陷、避免其身體之殘障為目的 (亦即以治療為目的)，利用藥品、器材、手術或其他處理所從事之行為，以及包括基於前述目的所從事之問診、檢查、檢驗、診斷等準備或輔助之行為。從事整形、變性、墮胎、器官移植或人體試驗，而對病人採取足以影響其身體之完整性或造成其健康之危害性的措施，均視為醫療行為。總而言之，改變病人的身體狀態，回復病人健康之醫療行為，對病人之身體，必帶有侵入性，此種侵入，按其使用方法，可分為信息性、接觸性、器械性、藥物性、手術性與處理性之侵入，但不論所使用之方法為何，醫療行為對於病人之身體或健康必有侵入，此亦為醫療行為之重要特徵。由於醫療行為對於人體或者健康必有侵入，因此，醫師與其施以醫療行為的相對人 (如病人、器官捐贈者、接受人體試驗者)之間，如無醫療關係，則其醫療行為勢必構成侵害人格權之侵權行為 (民法第十八條、第一百九十二條至第一百九十五條)。反之，具有醫療契約之關係而醫師履行債務有害於相對人時，除可能構成侵權行為外，還可能構成積極侵害債權（民法第二百二十七條之一）。至於醫師或醫療機構是否應就醫療損害負擔危險責任，則屬於另一問題。

醫事法律上醫療行為之類型: 在醫事法律上之醫療行為可以根據不同之標準加以分類:

一、以行為之目的為標準，醫療行為可分為治療性之醫療行為與非治療性之醫療行為：一般疾病之診治處理，多屬於以治療為目的之治療性醫療行為；但為器官捐贈者摘除器官、為精卵或骨髓捐贈者取精採卵或抽取其骨髓液、為捐血者抽血檢驗、以美容為目的之整形、以鑑定親子關係為目的所作之檢驗、對於接受人體試驗者所為之處置、以及非基於治療上之需要而施行之變性手術與人工流產，均屬於不以治療為目的之非治療性醫療行為。至於為人裝置義肢、假牙，是否以治療為目的，雖然見仁見智，但應以肯定為是。準此，凡從事非治療性之醫療行為，依行政院衛生署前揭之定義，即可辯解為並不是醫師法第二十八條所規定「執行醫療業務」之行為；惟其工作之本質及潛藏之危險，與從事治療性之醫療行為並

無不同，行為人應負之責任亦不應隨之而有差別。

二、以行為之內容為標準，醫療行為可分為主要之醫療行為與輔助之醫療行為：依照衛生署民國六十五年六月十四日衛署醫字第一一六０五三號函之解釋：醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、執行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責任，應由指導醫師負責。所謂醫師之輔助人員，係指在醫師指導下協助醫師為醫療行為之人員，其資格尚無特別限制。由以上之解釋，足以發現行政院衛生署係將醫療行為區分為主要之醫療行為與輔助之醫療行為。主要醫療行為指醫療工作中之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等行為，應由醫師親自執行。輔助醫療行為指主要醫療行為以外之醫療工作，得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責任，應由指導之醫師負擔[145]。

依照前述之解釋，醫院診所輔助人員未經醫師指示，逕自執行任何醫療行為，或於醫師在場時，執行應由醫師親自執行之醫療行為，均屬於擅自執行醫療業務[151]。又所謂輔助人員，原經行政院衛生署解釋，其資格尚無特別之限制，但由於民國七十五年十二月二十六日修正公布之醫師法於翌年十二月二十一日開始施行，依修正後該法第二十八條之規定，「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處一年以上三年以下有期徒刑，得併科一萬元以上五萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於左列情形之一者，不在此限：在醫療機構於醫師指示下之護士、助產士或其他醫事人員。」故所謂醫師之輔助人員，依該法之新規定，應以具有護士、助產士或其他醫事人員資格者為限。因此，行政院衛生署前所為「醫師之輔助人員，其資格尚無特別限制」之解釋，業已廢止，不再適用。

衛生福利部針對主要醫療行為與輔助的醫療行為所作之解釋與規定，釐清了醫療契約履行上之重大疑問：醫療契約債務之履行，債務人不得交由不具醫師資

---

[145] 郭吉助，論醫事法律上之醫療行為–由法制面談起，2/24/2008，轉引自 http://homepage.vghtpe.gov.tw/~ged/listn/listn_a122.htm。

格之履行輔助人為之;由未具醫師資格之輔助人員執行應由醫師親自執行之醫療行為，屬於擅自執行醫療業務，亦即是所謂密醫之行為。遇有此種情形，行為人應負醫師法第二十八條所規定之刑事責任,如果因該醫療行為而致病人受有損害，並應負擔積極侵害債權及侵權行為之損害賠償責任。

另外，目前醫療實務上，醫療機構有大型化之趨勢，在大型醫院中，醫師與醫院之關係已由醫院之設立者、合夥人，而漸漸有受聘者之性質；在此醫院大型化趨勢下，以往「醫病關係」主要係指醫師與病人之關係，亦似有轉變為醫院與病人間關係之情形。

三、以行為之管理為標準，醫療行為可分為列入醫療管理之醫療行為與不列入醫療管理之醫療行為：衛生署為兼顧國人古老之就醫習慣，並避免收驚、刮痧等流傳鄉里之民俗療法，動輒受到醫師法第二十八條「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處……有期徒刑……」規定之處罰，曾於民國八十二年十一月十九日以衛署醫字第八二0七五六五六號函公告「不列入醫療管理之行為及其相關事項」，內容包括：

(一)未涉及接骨或交付內服藥品，而以傳統之推拿方法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為。

(二)未使用儀器，未交付或使用藥品，或未有侵入性，而以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為。如藉按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等方式，對人體疾病所為之處置行為。

(三)前項不列入醫療管理之行為，除標示其項目外，依醫療法第五十九條規定，不得為醫療廣告[146]。

由此可見，衛生福利部為兼顧國人習慣，並遷就現實情況，透過行政權，又將醫療行為分為列入醫療管理之醫療行為與不列入醫療管理之醫療行為兩

---

[146] 郭吉助， 註 145 文。

種，一般醫療屬於前者，民俗療法歸屬後者，以使從事民俗療法之行為，得排除醫療法第二十八條之適用。前項公告所稱「不列入醫療管理」，意即可由業者自行執行，既無其他資格之限制，亦不須加入任何團體，業者均可自行執行，但其究非醫療機構，仍應遵守醫療法第五十九條「非醫療機構，不得為醫療廣告」之規定。民俗療法雖未涉及接骨、未使用儀器、未具有侵入性、未交付內服藥品，但其仍屬「對人體疾病所為之處置行為」，本質上依然未脫離「醫療行為」之範疇，因此，縱可藉由中央衛生主管機關之行政命令，排除醫師法第二十八條之適用，免除密醫之論處，但行為人對因此而致生損害於他人之結果，仍應負相同之責任。

按醫療行為納入管理之基礎，除因該等行為客觀通念上可產生療效，並因該行為過程若非受有訓練、具備專業知識者所為，可能對病人造成其他傷害，其中所謂療效之認定，主要則來自於實證之研究與經驗之累積。該等不列入醫療管理之行為於實證上缺乏療效之驗證，其適應症亦未見明確，固不無遷就國人習慣與現實需求，惟係基於國人對於該等行為在經驗上，認為或有相關之療效，爰經由上開公告予以處理。目前衛生福利部於衛生行政管理上，對醫療行為之認定及管理範圍，有逐步朝向以具有實證療效之方向調整，即對於「不列入醫療管理之行為」中實證較不具療效之行為（如：腳底按摩、指壓等），將輔導其朝向休閑、養生等非醫療方向轉型，（目前都會區已可見以休閑為訴求之養生館）；至於較接近醫療性之行為（如：刮痧、拔罐等），則逐步經由驗證其療效及適應症，則研議將之納入醫療行為管理，並由合格之相關人員始得為之[147]。

實務上承認之醫療行為: 何者屬於醫療行為，何者並非醫療行為，應從行為之實質，而非就行為人之名義認定之。在此所謂實質，主要係指各該行為是否以診斷、治療為目的或者是否對人之身體具有侵入性，只要具備其中一項特徵，通

[147] 郭吉助， 註 144 文。

常在實務上即會被認定為醫療行為[148]。

衛生署針對司法、檢察機關、衛生醫療單位請求釋示案件，向均視個案之事實作成解釋，數十年來該署在實務上明確加以承認之醫療行為，如下：

一、實務上衛生福利部明確加以承認之醫療行為

(一)有關給藥方面：

書寫處方、開給方劑、換藥、敷藥、開給中藥處方、依照舊有處方抓藥[149]。

(二)有關外科方面：

取出子彈、縫合傷口、縫合切口、拆除縫線。

(三)有關牙科方面：

洗牙、拔牙、磨牙、補牙、鑲牙、植牙、裝置義齒、裝置假牙、固定假牙、整修假牙、清除齒垢、拆除牙齒矯正鋼線、假牙製作過程之咬模、試模及安裝。

(四)有關眼科部分：

洗眼睛、點眼藥、眼線手術、砂眼檢查、縫製雙眼皮、裝配隱形眼鏡、以儀器設備為視力之矯治。

(五)有關婦產科方面：

接生、裝置避孕器、子宮內膜刮除術、絨毛採檢術、羊膜腔穿刺術。

(六)血液檢驗方面：

抽血、放血、洗血、刺血、驗血、驗孕、驗尿。

(七)有關檢查方面：

體格檢查、心電圖檢查、超音波檢查、以 X 光機為檢查。

---

[148] http://homepage.vghtpe.gov.tw/~ged/listn/listn_a122.htm。

[149] 據此標準，可知配方及調劑行為係醫療行為之一部。而為醫療需求人作復健行為及裝置義肢行為等行為，亦屬醫療行為之範疇。參見康弼周著，組織醫療過失責任歸屬之研究，司法研究年報第二十輯第十三篇，司法院印行，民國八十九年十一月出版，第六十三頁。配方係指依據醫師處方調配藥品之行為。調劑則為改變藥品之原有劑型或二種以上之藥品混合交付醫療需求人之行為。

國立政治大學 National Chengchi University

(八)有關針灸方面：

針灸、電子針灸、以雷射代替針灸、使用任何儀器為人針灸、針灸加電後之推拿、按摩或拔針。

(九)有關中醫方面：

接骨、整脊、復健、把脈、脈診、舌診、目診、以艾草醫治病人、用針頭將拔罐後所產生之水泡刺破、從事腳底按摩為人治病、從事病理按摩為人治病、使用針刺穴道與經脈、以手指深入肛門治療骨刺[150]。

(十)有關美容方面：

小針美容、磨平臉部疤痕、除皺拉皮、抽脂、臉部或身體各部整形及藥物服用事實、以雷射「除斑、去除胎記、除痣、去除刺青」或治療皮膚再以消炎藥膏敷其患部、為隆乳而於胸部注射針劑、以紅外線烤照燈照射病人患部。

(十一)使用器械方面：

用機器為病人抽洗鼻涕、以金屬製之採檢棒深入喉嚨採取檢體、為人除痣、去斑、去刺青後，使用藥品消除腫脹、以聽診器診察有無感冒、以手電筒看喉嚨以觀察感冒之程度、拿病人之手以觀看其皮膚過敏之情形、以減壓艙治療潛水病、以發波器照射頭部治療失眼、以真空吸引陰部、以燈光照射腹部並用導電物品電擊(療)及穴道按摩治療性無能。

(十二)其他：

麻醉、灌腸或大腸水療、注射針劑、預防接種、病歷記載[151]。

二、實務上衛生生福利部視為醫療行為者：

(一)藥局人員應患者之需求，交付藥品，以供其使用，若涉有為患者診斷情事，應認屬醫療行為[152]。

---

[150] 註 149 文，為醫療需求人作復健行為及裝置義肢行為等行為，亦屬醫療行為之範疇。

[151] http://homepage.vghtpe.gov.tw/~ged/listn/listn_a122.htm。

[152] 註 149 文，可知配方及調劑行為係醫療行為之一部。調劑則為改變藥品之原有劑型或二種以上之藥品混合交付醫療需求人之行為。

(二)推拿、敷藥，如逾越該署公告「不列入醫療管理行為」之範圍，仍應認屬醫療行為[153]。

(三)為病患以試劑驗孕及依照原處方交付藥品，如涉有為患者診斷情事，亦應認屬醫療行為。

(四)單純之量血壓，如未涉及診斷，尚難認屬醫療行為，一般民眾皆可為之；但如涉及疾病檢查、診斷與治療，則應認屬醫療行為，應由醫師執行或由其他人員依醫囑行之。

(五)紋眉之際，擅予注射局部麻醉劑於下眼皮部，屬於醫療行為；但如僅先予擦拭局部麻醉劑於下眼皮部，因其非以醫療為目的，尚難認屬醫療行為。

(六)非藥師之藥商負責人，依患者陳述之感冒症狀，自行配藥出售，如未涉有診斷，尚難認屬醫療行為。

(七)美容機構用儀器接電流以夾子為民眾夾取毛髮，如涉及破壞毛囊，造成永久脫毛之效果，應認屬執行醫療行為。

自上述解釋可知：「診斷、治療與侵害性」，為認定是否屬醫療行為之重要因素。因此，凡未涉及接骨或交付內服藥品，僅以傳統之推拿方法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為；或未使用儀器、未交付或使用藥品，或未有侵入性，而以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為，如藉指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等方式，對人體疾病所為之處置行為，即非醫療行為[154]。

三、實務上衛生福利部認定為不屬於醫療行為者

下列行為，即由於欠缺各該前述之因素，而被行政院衛生福利部認定為不屬於醫療行為：

(一) 男性入珠、點痣改運、刺青、紋身、紋眉、紋眼線、從事耳洞、眉環等

---

[153] 同註 149 文。

[154] 同註 149 文。

穿刺行為。

(二)近視或老花之驗光配鏡、單純依照視力檢查表為學童篩檢視力。

(三)為人擠青春痘並敷以護膚霜。

(四)非法設置救護車運送病人。

(五)對確定罹患某病之患者，建議其使用某種健康食品。

(六)依患者所填健康調查表，開具食品，供其食用。

(七)寺廟提供藥籤，供人求取。

(八)青草藥之使（貼）用。

(九)將傷者脫臼之骨頭接回去。

(十)以蜜蜂尾針扎刺於人體。

綜上所述，行政院衛生福利部基於醫政管理上之需要，藉由行政解釋，對於醫療行為定義，謂：「按醫療行為，係指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱。」因之，凡非以治療疾病、矯正或預防疾病、殘缺為目的之行為，即非屬醫療行為[155]。

衛生福利部所持見解，固然符合禁止未具醫師資格者執行醫療業務之管理上的要求，但並不符合醫療關係危險責任之規範上的需要，為有利於醫療責任之歸屬，我們認為，醫療行為之定義，應側重在「一個行為是否以治療為目的，以及該行為對於病人之身體或健康有無侵入性或危險性」。總之，醫療行為之定義，涉及到醫師及其他醫事人員執業範圍之界定，關係到病人及其家屬與醫師或醫療機構間權利義務之事項，並影響訴訟結果；長久以來僅透過中央衛生主管機關函令一再地加以解釋，並非妥適，根本解決之道，未來宜增訂於醫師法或醫療法之

[155] 郭吉助，註 145 文。

相關法律條文中，以符合法制並杜絕爭議[156]。

侵入性治療 (Invasive Procedures)，到底是否包括「約束病人」而稍微引起爭議。從醫院評鑑基準來看，確定是有不同的條文 (2.3.15)，單獨針對「約束」來做評核，所以把兩者區分開來，當作兩碼事也沒錯。因為各種侵入性治療，即使沒有包括約束治療，都有可能傷害病人而必需有「知情告知」，及簽署同意書的程序，這是原先討論的重點，所以當場還是有達成共識。因為「約束」兩個字，通常指的是身體約束 (Physical restraint)，可包括用人力或藉由器具、物力等限制病人的活動自由。但也有人把使用藥物的化學約束 (Chemical Restraint)，視同身體約束，而等同鎮靜執行 (Moderate Sedation)的這個治療，也同樣可能發生傷害危險，所以是「廣義的」「間接的」侵入性治療[157]。Invasive Procedures 已經包括檢查與治療的醫療行為，但原始的定義是指，會讓病人身體流血或可能流血的介入性處置，如：

一、劃刀切開 (Incision)

二、穿刺 (Puncture)

三、植入 (Implantation)

四、插入 (Insertion)導管/引流管等

但以下有多種處置 (Procedures)，根本不會流半滴血，但幾乎沒有爭議，就是眾所周知的 Invasive Procedures。原則上，標準作業流程 (Universal Protocol) 包括手術部位標記 (Site Marking) 麻醉前期 (Time-Out)不僅是適用於開刀房，在開刀房外面含床邊 (Bedside)施行的，說明如下[158]:

---

[156] 郭吉助，註145文。

[157] 醫院評鑑基準第 2.3 章，醫療照護之執行與評估。

[158] The Universal Protocol is now accessible as part of the National Patient Safety Goal chapter from your accreditation manual。

一、皮膚切開

二、任何全身或區域麻醉及鎮靜執行

三、關節腔或體腔 (Body cavity)注射

四、經皮膚穿刺，含胸腔、腹腔等積水而做的吸取，脊椎穿刺 (lumbar puncture)

五、各種身體部位的切片檢查;

六、心臟科相關處置如心導管檢查，支架手術等

七、內視鏡檢查/手術 (胃、腸、膀胱、食道內視鏡皆包括)

八、放射科執行的相關處置，如血管造影、血管成形術、經皮穿腎造廔術 (PCN)、血管栓塞 (TAE)等

九、皮膚科執行的切片(Biopsy)，切除術及深層的冷凍治療 (Cryotherapy)

十、眼科執行的義眼植入手術; 十一、拔除牙齒及牙齦切片檢查

十二、拔除指甲; 十三、清創手術 (Debridement)

十四、精神科對憂鬱症執行的通電療法 (ECT)

十五、腫瘤科執行的電療 (Radiotherapy, Radiosurgery)

十六、中央靜脈導管置放 (CVP 含 PICC)

十七、體外震波碎石術 (ESWL);

十八、子宮鏡檢查

以下是被 Joint Commission (JC)規定可以不適用上述標準作業流程的低風險處置 (Procedures):

一、插鼻胃管; 二、放置 Foley 導尿管; 三、末梢靜脈抽血或點滴注射;

四、為關節脫臼執行的閉鎖式復位術 (Closed Reduction)

五、電燒; 六、血液透析 (但置放洗腎導管時仍適用 UP);

七、抗癌化療以及上述的第 14 與 15 項[159]。可是醫療日新月異的發展，很多的處置很難區分是高或低風險，因此有關新的或有疑義的醫療處置的行政函釋還是有其必要。衛生福利部於民國 105 年 11 月 21 日修正專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目修正對照表如附表四 (衛福部網站)。

第二節 專科護理師臨床執業面臨的困境

受限於專科護理師在學校的學習和醫療臨床上之所學以及其所受的訓練，把專科護理師推到第一線去照護治療病人和面對病人及家屬，以及病人瞬息萬變的病情是否合適?此為醫護界應該深思的課題，倘若專科護理師在醫療上所學有限，訓練不足就必須獨自承擔值班所面臨的各種醫療情境，恐怕日後專科護理師觸犯「業務過失致死罪」與「密醫罪」之案例將層出不窮，醫護界不該讓這種「制度殺人」的情況繼續發生，此誠非病人之福，亦可能造成專科護理師與病人之雙輸，甚至整體醫療品質的倒退以及醫療糾紛的不斷增加，臨床實務上，專科護理師代替醫師值班礙於現實環境有推動之必要，「專科護理師值班」也應該要有法源的依據。本文案例中的專科護理師乙就是在值班時發生病人病情急遽變化最後死亡，而被以業務過失致死罪被起訴及判刑，專科護理師乙認為主治醫師甲以在下班前的病人巡房已明確告知，如果病人有變化時該如何處理的口頭預立醫囑，因此當值班病人發生病情變化，專科護理師乙就做判斷及處置，但是沒有立即通知主治醫師甲，因為專科護理師乙認為一開始病房護理師告知病人的變化，經她親自診視病人後並無特殊不同的病情變化，所以沒有立即通知主治醫師甲以及值班的主治醫師丙。至於有無違反密醫罪的部分，雖然未被起訴，但有討論的必要。以上所述，這只是目前台灣專科護理師臨床執業面臨的許多困境的中的其中一項，當

[159] 註 158 文; https://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx。

然還有很多其他困境。

有關密醫罪的部分簡介如後: 醫師法第二十八條俗稱密醫罪，其規定「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金。其所使用之藥械沒收之[160]。但合於下列情形之者，不罰:一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。三、合於第十一條第一項但書規定。四、臨時施行急救。」由此可知，護理人員雖不具有醫師資格，但若於醫師指示下執行醫療業務或醫療輔助業務，可例外不構成密醫罪，然而何謂「在醫療機構於醫師指示下之護理人員」?分析此問題，首先要從護理人員之業務範圍談起，護理人員法第二十四條規定護理人員之業務如下:一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。而醫療輔助行為應該在醫師之「指示」下執行之。前三款為自主性之護理業務，而第四款為指示性之護理業務[161],前三款並非醫療行為，比較沒有爭論。但是第四款之醫療輔助行為是否為醫療行為?衛生福利部函釋指出醫療輔助行為本質上為醫療行為，因其相對危險性較低，並非涉及專屬醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉之醫療行為，故可由醫師就特定病人診察後，交由護理人員依醫師指示而為之[162]。依照這個標準，醫療輔助行為本質上為醫療行為，總而言之，醫療行為區分為「醫師親自執行之醫療行為」與「在醫師指示下可執行之醫療行為（即醫療輔助行為）」兩型態[163]。

---

[160]邱慧洳，從法律觀點論專科護理師之執業範圍，醫事法學，第19卷第2期，2012年12月，頁68。

[161]曾育裕，醫護法規，五南圖書出版股份有限公司，2007年10月，4版，頁86。

[162]童恒新、蔡秀鸞、王采芷，註98文，頁265–267; 李聖隆，醫護法規概論，華杏出版股份有限公司，2001年，5版，216頁: 徐朝威，發療輔助行為在法規範中之界定，東吳大學法律學系研究所碩士論文，2010年，頁177; 衛生署(82)衛署醫字第8255075號。

[163]徐朝威，前註162文，頁177; 蔡振修，違反醫師罪(密醫罪)修正條文析論，醫事法學，第10卷第1期，2002年3月，頁23。

有關護理業務與醫療輔助業務的界線也是不清楚，何況治療病人是一多團隊的合作，要做明顯的切割有其困難。

有關醫師法第二十八條第二款但書與護理人員第二十四條第一項所規定之護理人員執業範圍，醫師法第二十八條第二款但書「在醫療機構於醫師指示下之護理人員」應指醫療輔助行，依照上述規定，護理人員雖然不具醫師資格，但若於醫師指示下，執行具有醫療業務色彩及相關之醫療輔助行為，可例外不構成密醫罪。換句話說，護理人員觸犯密醫罪的態樣有二: 一、護理人員未獲醫師指示，擅自執行醫療輔助相關行為。因為醫療輔助行為本質上仍為醫療行為，護理人員須經醫師指示，始得例外為之; 二、無論有無醫師指示，護理人員執行應由醫師親為之醫療行為[164]。我們分析醫師法第二十八條本文，與但書第二款如下:

一、有關醫師法第二十八條之本文規定:

(一)醫療業務之概念

根據醫師法第二十八條除符合四款但書規定外，僅醫師可以執行醫療業務。此凸顯出醫師對醫療業務之獨佔權與專業性，密醫罪在構成要件上之判斷並不困難，臨床實務上只要有「不具醫師資格者」與「擅自執行醫療業務」，即可判斷，其關鍵在於「醫療業務」此一概念的認定，「醫療業務」的明確界定範圍，有助密醫罪之判斷[165]然而我國現行法律對於醫療業務並未闡述其意義並清楚說明，因此何謂醫療業務，多由衛生福利部以函釋作為補充解釋[166]。

(二)有關密醫罪之構成要件分析如下:

---

[164] 黃芷鈴，密醫犯罪特徵之研究–以地方法院判決書為例，國土台北大學犯罪研究所碩士論文，2010年，頁28。

[165] 黃丁全，註89文，頁89 ;曾育裕，註88文，頁83; 王志嘉，註88文，頁125; 曾育裕，註88文，頁89 ; 張麗卿，註88文，頁298; 王紀軒，註88文，頁193。

[166] 林昶燁，從法益保護觀點論醫師法第二十八條密醫罪之立法與解釋，國立台灣大學法律學研究所碩士論文， 2009年，頁117; 黃丁全，護理事故的理論與實例，永然文化出版股份有限公司，1999年8月，頁48。

1. 犯罪之主體：限於未取得合法醫師資格者，只要無醫師資格而執行醫療業務即可構成本罪。至於其本身是否取得其他合法之專業資格，在所不問。例如其為藥師、護理師、檢驗師、營養師或助產士，只要擅自執行醫療業務，即可成立本罪[167]。

2. 犯罪行為須要有擅自執行醫療業務之行為，所謂擅自，係指未具醫師資格執行醫療業務而言。如應由醫師親自執行之醫療行為，由非醫師來執行;醫院或診所的醫療輔助人員未經醫師指示，逕自執行任何醫療業務行為者，均屬擅自執行醫療業務。本法條係處罰以醫療為業務之人，故雖有醫療行為，而不以執行醫療為業務，而與本條之構成要件之間，判斷是否「以之為業務」，應依其醫療場所之設備、儀器、環境、處方、病歷表、藥品和助手等作綜合判斷，且執行醫療業務，亦不以收費為必要條件，如係有以醫療為業務之意思，縱使執行一次即被查獲，亦成立本罪。然僅偶然為單一之醫療行為，如受託為人配藥、注射、尚與本罪要件不合[168]。有關此論述還是存有疑義，仍需要仔細分析討論。

立法院第8屆第二會期社會福利及衛生環境委員會，依照「醫療法增訂第八十二條之一條文草案」，因為醫療行為具不確定性及有極限性，因此醫事人員於執行醫療業務過程中，造成病患死亡或傷害結果時，就其應負之刑事責任有具體規範，以符合刑責明確化原則，明訂醫事人員執行醫療業務應負刑事責任情形，及認定違反注意義務之判定標準。醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。

西元 2002 年 9 月 1 日中國國務院頒布的《醫療事故處理條例》第三十三條

---

[167] 黃丁全，註89文，頁196-198; 黃芷鈴，註164文，頁19–28; 蔡墩銘，醫事刑法要論，翰蘆圖書出版有限公司，2005年9月，2版，頁116–117; 衛生署(65)年衛署字第107880號函。

[168] 邱慧洳，註94文。

有下列情形之一的，不屬於醫療事故：

一、在緊急情況下，為搶救垂危患者生命而採取緊急醫學措施造成不良後果的。

二、在醫療活動中，由於患者病情異常或者患者體質特殊而發生醫療意外的。

三、在現有醫學科學技術條件下，發生無法預料或者不能防範的不良後果的。

四、無過錯輸血感染造成不良後果的。

五、因病患方原因延誤診療導致不良後果的。

六、因不可抗力造成不良後果的。

其立法理由為：「現代醫學科學雖然有了很大的發展，但由於目前對人體的特異性和復雜性，以及許多疾病的發生原理尚未完全認識，對某些治療措施的結果也並不能完全預測，因而有時盡管醫護人員在診療護理過程中竭盡全力，但由於種種原因仍然不能使病員痊癒。因此，《條例》明確規定了六種不屬於醫療事故的情形」，可茲參考。

美國、日本、德國的司法界極少對醫療過失追訴刑事責任。且客觀上注意義務的偏離，必須達到明顯而且重大的程度，才予以究責。中華民國醫師公會全聯會於民國 101 年舉辦「病人安全與醫療糾紛：問題與對策」研討會上陽明大學醫學系教授、東海大學法律系兼任副教授吳俊穎指出，國內平均每年每百名醫師有六至十二位因醫療糾紛受檢察官偵查，但醫師定罪後，八十三．九％獲緩刑或易科罰金，實際執刑者僅〇．七％。研究還發現，刑事公訴、自訴勝訴率僅四％及九％，比起民事訴訟勝訴率十八％還低。長庚大學醫學院外科教授林萍章感慨，台灣醫師「犯罪率」居世界之冠，可說是「世界第一大黑幫！」。林鈺雄教授在民國 101 年自由評論網發表的「醫療糾紛在德國」的文章中，指出德國法如同我國法，醫師就醫療疏失仍須負民、刑事責任，並無專為醫師量身打造的減輕或免除條款，何以沒有「五大皆空、醫美獨秀」的窘境？但是，德國醫師的確少跑法院，其中道理何在？早在 40 年前，德國即意識到大量醫糾訴訟的可能性及嚴重性，因此，從七〇年代中期開始，於各邦設置醫療鑑定調解會（鑑調會），做為

訴訟外探究事實真相、並快速解決紛爭的替代途徑醫糾非訟化的本意甚佳，但我國草案卻徹底背離「鑑定先行」和「自願調解」這兩個關鍵前提，等於是強迫醫病雙方不明就裡去搓圓仔湯。此外，由於欠缺事實真相做為責任判準，醫病雙方皆進退失據，調解失敗率可想而知，因此草案又擬以包含政府出資在內的補償手段，來提高調解成效，說穿了就是塞錢叫病患閉嘴，敲納稅人的竹槓來彌補制度設計的缺失。可見相較美日德等國，台灣民眾面對醫療糾紛採取刑事訴訟的比率相對偏高。醫療訴訟因其專業性，檢察官往往送交醫審會鑑定是否有疏失，作為是否起訴的參考[169]。

醫界本身檢討醫療行為以臨床病理討論會（clinical pathological conference, CPC）來提升內部醫療水準，但是臨床病理討論會基本上先由臨床醫師分析已死亡者之病症與診斷，然後公開討論，自病因、診斷、合併症、治療與死因，無所不及，最後由病理醫師報告解剖結果，應該為何種疾病，再討論治療是否適當的學習過程。

本係以促進醫學的相互激盪進而產生醫學進步為宗旨的討論，不追究責任，故 CPC 採最高標準避免錯誤。英國 Bolam 原則（Bolam Test）之判例指出，同一個問題可能有 A、B 兩種解決辦法，若在醫療決策當時皆屬可行，則為業務上正當行為，不應因醫師採取 A 辦法致預期外的結果，就否定其決策或事後諸葛地指責該醫師有過失。醫界以恨鐵不成鋼、精益求精的精神，舉行臨床病理討論會，集合眾人智慧，事後檢討，以期推動醫學進步，應該與法律上醫療鑑定醫療人員是否有醫療過失是有所不同。

而是否有過失又以醫療鑑定為主，而醫療過失責任認定要件為醫療人員行為有應注意、能注意、不注意之過失。而且醫療行為與病人傷亡間有相當因果關係始成立。事實上，平均醫療照護水準的醫療行為，也包括可能發生醫療合併症 (可

---

[169] 林鈺雄，自由評論網，http://talk.ltn.com.tw/article/paper/642026。

預見)、及醫療意外 (不可預見)這兩種醫療糾紛。所謂「醫療合併症」者，是指不論醫師多小心，多謹慎，多有經驗，都不能避免會有一定比例可能發生的副作用或後遺症者；而所謂「醫療意外」者，應是指不論醫師多小心，也終無法避免這種不可抗力、不可意料的事發生，這些都不涉及醫療照護水準的問題，當然正是屬於「非過失行為」的範疇之內。

事實上醫審會的醫療鑑定醫師在醫師訓練過程中並未包含法學課程，對於醫療行為與過失的敘述，往往以事後檢討是否有改進空間的角度敘述，而非法學上因時、因地、及行為與結果間因果關係考量。如醫事人員能經由基本法學教育，瞭解法律語言，在做鑑定報告時才能切中要點；而法律人如能經過通識醫學課程，也才能真正了解鑑定報告的內涵。雙方語言一致，才能除去偏見做出合情合理的判斷，減少不必要的訴訟與歧見。醫學先進相關國家為解決醫療糾紛或醫療傷亡認定困難等各個面向問題，採取各種解決途徑，如美國提出 「醫療錯誤揭露及補償法案」，紐西蘭於西元一九七二年開始實施「意外傷害無過失補償制度」，瑞典於西元一九七五年開始實施「病人賠償保險制度」，英國於西元一九九五年成立「國家健康服務訴訟機關」。日本則於西元二〇〇九年起由評鑑機構負責執行「產科醫療補償制度」等。

有關醫療補償制度，我國目前有藥害救濟法，相關法條簡述如後:

第一條: 為使正當使用合法藥物而受害者，獲得及時救濟，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律之規定。

第五條: 為辦理藥害救濟業務，主管機關應設藥害救濟基金，基金之來源如下：

一、藥物製造業者及輸入業者繳納之徵收金。

二、滯納金。

三、代位求償之所得。

四、捐贈收入。

五、本基金之孳息收入。

另外獎勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫，已於民國 101 年 7 月 5 日經行政院核定辦理。符合申請資格之醫療機構，於生育事故發生日起二年內完成和解或調解者，於和解或調解成立日起 60 日內，檢具文件向本署或委辦之機關（構）提出申請。考量本試辦計畫係以醫療機構於生產過程發生之不良結果為處理標的，而非以醫療機構有無過失為基礎，爰經費擬不向加入計畫之醫療機構收取，由本署醫療發展基金全數支應，惟保留後續醫療訴訟結果之回繳約定。

同時並研擬醫療法修正草案第 17 條為通盤解決病人及家屬、醫事人員雙方面對醫療糾紛爭議制度之困境，爰以「促進病人權益保障」為核心，納入「強化調解機制」、「提供及時補償」二大面向之規範主軸，期達成 「維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧」、「迅速解決彼此爭議，實現社會公平正義」、「促進病人安全，提升醫療服務品質」之政策目標，爰擬具「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，其要點如下：醫療事故補償制度得視財源狀況與急迫程度分階段實施，及醫療事故補償基金來源、繳納及分擔比例。(草案第二十五條至第二十七條)

有關於基金的來源，根據行政院版第 26 條: 中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。其來源如下：

一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。

二、政府預算撥充。

三、捐贈收入。

四、基金孳息收入。

五、其他收入。

行政院版第 27 條前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。而依據全民健康保險法第 1 條為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療服務，特制定本法。全民健康保險為強制性之社會

保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金顯然提高醫療服務成本。全民健康保險局於支付醫療機構醫療費用需經協商議定，如健保局擬於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金，應先經協商使得為之。如健保局直接以醫療服務提供者身分支付醫療補償金，勢必提高支出，如因此影響健保財務，則應依健保法精算是否需調整保費費率，以免造成全民健康保險破產。

有關專科護理師或護理師合理的護病比也是臨床執業面臨的困境。國內經常有護理人員投訴照護太多病人，沒有足夠的休假，因此出現血汗醫院的現象。根據國外知名的學術研究發現:

一、每增加一名全職護理師可以降低百分之9的醫院相關致死率，外科加護病房病房每增加一名全職護理師可以降低百分之16的醫院相關致死率，內科加護病房病房每增加一名全職護理師可以降低百分之6的醫院相關致死率[170]。

二、醫院增加全職護理師可以降低百分之68的醫院相關可預防的感染率[171]。

三、醫院增加全職護理師可以降低醫院相關的死亡率，急救的失敗率和住院天數可預防的感染率。醫院每增加一位病人給全職護理師會增加百分之7的院內肺炎感染率，增加百分之53的呼吸衰竭率，增加百分之17的院內醫療併發症率[172]。

---

[170] Increasing the number of full-time RNs on staff per day by one, there were 9 percent fewer hospital-related deaths. In intensive care units, 16 percent fewer in surgical patients and 6 percent fewer in medical patients. Healthcare Risk Management, February, 2008.

[171] Patients cared for in hospitals with higher RN staffing levels were 68% less likely to acquire a preventable infection, according to a review of outcome data of 15,000 patients in 51 U.S. hospitals. Medical Care, June, 2007.

[172] Improved RN staffing ratios are associated with a reduction in hospital-related mortality, failure to rescue, and lengths of stay. Every additional patient assigned to an RN is associated with a 7% increase in the risk of hospital acquired pneumonia, a 53% increase in respiratory failure, and a 17% increase in medical complications. Agency for Healthcare Research and Quality, May, 2007.

四、有專科護理師或護理師合理的護病比的醫院，可以提升心臟病、心臟衰竭、肺炎病人的照護品質[173]。

五、有專科護理師或護理師合理或較高的護病比的醫院，可以減少病人的死亡、疼痛、 住院天數，反而會增加醫院的收入。有專科護理師或護理師合理或較高的護病比的醫院，可以提升癌症病人的的照護品質[174]

六、有專科護理師或護理師合理或較高的護病比的醫院 (>1:4)可以每年減少大約72,000病人的死亡[175]。

七、有專科護理師或護理師合理的護病比的醫院，可以提升心跳停止病人的存活率特別是在夜班的時候[176]。

---

[173] Patients hospitalized for heart attacks, congestive heart failure, and pneumonia are more likely to receive high quality care in hospitals with better RN staffing ratios. Archives of Internal Medicine, December 11/25, 2006.

[174] If all hospitals increased RN staffing to match the top 25% best staffed hospitals, more than 6,700 in-hospital patient deaths, and, overall 60,000 adverse outcomes could be avoided. The findings do not include the ancillary value to families of reduced morbidity, such as decreased pain and suffering and days lost from work, and huge economic savings for the hospitals. Health Affairs, January/February 2006; Cancer surgery patients are safer in hospitals with better RN-to-patient ratios. A study of 1,300 Texas patients undergoing a common surgery for bladder cancer documented a cut in patient mortality rates of more than 50%.Hospitals with low volume on cancer procedures can match standards of high volume urban medical centers just by increasing their RN ratios. Cancer, Journal of the American Cancer Society, September, 2005.

[175] Cutting RN-to-patient ratios to 1:4 nationally could save as many as 72,000 lives annually, and is less costly than many other basic safety interventions common in hospitals, including clot-busting medications for heart attacks and PAP tests for cervical cancer. Medical Care, Journal of the American Public Health Association, August, 2005.

[176] Chances of a hospital patient surviving cardiac arrest are lower during the night shift because staffing is usually lower at night, even though cardiac arrest occurs at all times of day or night according to a report on 17,991cardiac cases from 250 hospitals. Annual meeting, American Heart Association, November, 2003.

國立政治大學 National Chengchi University

八、有專科護理師或護理師合理的護病比的醫院，可以提升病人的安全與照護品質，反之則會增加病人的死亡和傷害[177]。

九、沒有專科護理師或護理師合理或較低的護病比的醫院 (<1:4)，會增加病人的死亡傷害和功能的喪失[178]。

十、醫院每增加一位病人給全職護理師會增加百分之7的30日院內死亡率[179]。

總而言之，有專科護理師或護理師合理或較高的護病比的醫院（<1:4），可以大幅提升病人的安全和醫療照護品質。

---

[177] The Institutes of Medicine of the National Academy of Sciences reports that "nurse staffing levels affect patient outcomes and safety." Insufficient monitoring of patients, caused by poor working conditions and the assignment of too few RNs, increases the likelihood of patient deaths and injuries. IOM, November 4, 2003.

[178] Inadequate staffing precipitated one-fourth of all sentinel events– unexpected occurrences that led to patient deaths, injuries, or permanent loss of function– reported to JCAHO, the Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations, from 1997 to 2002, JCAHO, August 7, 2002.

[179] Up to 20,000 patient deaths each year can be linked to preventable patient deaths. For each additional patient assigned to an RN the likelihood of death within 30 days increased by seven percent. Four additional patients increased the risk of death by 31%. Journal of the American Medical Association (JAMA), October 22, 2002.

國立政治大學 National Chengchi University

第三節 出現醫療爭議時，醫師、專科護理師及醫院的法律責任

第一款 行為分配刑事責任分析

醫師與專科護理師或護理師間醫療分工類型與過失責任歸屬之釐清。醫師與專科護理師或護理師間之分工類型，究屬垂直分工抑或水平分工?多數學者認為二者間屬垂直分工,但是有些學者認為醫師與專科護理師或護理師間屬最典型之垂直分工模式，例如專科護理師或護理師須依據醫師之指揮或指示使用藥物，專科護理師或護理師進行此項給藥任務，醫師於可能之可以注意的範圍之內，對專科護理師或護理師應進行必要之監督與查核[180]。

另外有些學者以整形外科醫師與在恢復室中照顧病患之專科護理師或護理師為例，認為其二者之間應屬於垂直分工[181]。也有學者認為醫師與執行醫療輔助行為之專科護理師或護理師之間屬於垂直分工，這些學者無非以「醫師對專科護理師或護理師具有指揮監督關係」為由認為醫師與專科護理師或護理師間屬垂直分工類型[182]。其他有些學者未提及醫師與專科護理師或護理師間之分工類型，但認為專科護理師或護理師依照醫師指示執行注射，因醫師係執行醫療行為之主體，對執行醫療輔助行為之護理師有監督之義務[183]。例如專科護理師或護理師誤認或拿錯藥物注射液，醫師亦難辭其過失之責任。但也有學者持不同看法，並以「開刀房醫師使用專科護理師或護理師未仔細消毒之手術刀開刀，導致病患感染細菌死亡」為例，認為醫師可對專科護理師或護理師之過失行為主張信賴原則而免責[184]。然而，護理業務之性質區分為自主性業務 (執行護理評估、護理措施、護理

---

[180] 張麗卿，註34文，頁54。

[181] 王皇玉，註33文，頁60–61; 陳子平，註41文，頁160。

[182] 蘇嘉瑞，註44文，頁267。

[183] 曾淑瑜，醫療過失與因果關係，瀚盧圖書出版有限公司，2007年10月，再版，頁180。

[184] 林東茂，信賴原則適用範疇與界限，東海法律研究，第11期，1999年12月，頁134。

指導、護理諮詢)與指示性業務 (在醫師指示下執行醫療輔助行為)[185]。我們認為應就不同性質之護理照護業務加以論斷與分析，比較適當。本文認為自主性護理照護業務無須醫師指示，專科護理師或護理師即得為之，二者間應屬水平分工。如果專科護理師或護理師疏於執行護理評估和照護而導致病人死傷，醫師應可以主張信賴原則而毋庸為此結果負責。這可以從臺灣高等法院臺中分院一〇三年度醫上訴字第一三七號刑事判決可證。此判決之原因事實為「A病患在保護隔離病房內，多次因無法保持平衡而跌倒撞及頭部，終因硬腦膜下腔出血而死亡。甲醫師因未密切觀察A在隔離病房之情狀，以致於對A病患因肢體不平衡而多次撞及頭部之情形完全不知，故未能作出相對應之醫療行為，而遭起訴業務過失致死罪」。判決理由為「基於醫療專業分工，是否隔離精神病患乃係基於醫師之診斷，醫師決定隔離病患後，嗣後執行病患隔離工作而負有密切觀察義務者乃護理師之義務。甲並非本件密切觀察義務之承擔人，甲得基於其對護理師之信賴而排除所為醫療行為之行為不法」。由此判決可知，醫師對於專科護理師或護理師執行護理評估之疏失 (即疏於對病人密切觀察，可主張信賴原則而免責，有疑問者為指示性業務，護理師於醫師指示下始得執行醫療輔助行為，倘護理師疏於執行醫療輔助行為，指示專科護理師或護理師執行醫療輔助行為之醫師是否得主張信賴原則而免責?仍需要進一步討論。

本文案例中，依照上述之說明，主治醫師甲跟專科護理師乙應屬垂直分工，沒有信賴原則。主治醫師丙跟專科護理師乙應屬垂直分工，沒有信賴原則。主治醫師甲跟主治醫師丙應屬平行分工，有信賴原則。可是如果主治醫師甲對於預立醫囑（有關專科護理師乙值夜班時應注意事項），在白天正常上班時先用口述跟專科護理師乙交代如果發生甚麼狀況就如何處置，這樣主治醫師甲跟專科護理師乙還是屬於垂直分工? 如果主治醫師甲跟主治醫師丙沒有交班，(醫院規定醫師

[185] 蔡淑鳳、王秀紅，註62文，頁5–10。

之間值班時要交班，尤其是狀況不穩定的病人)，主治醫師丙不清楚A病人的情況下，主治醫師甲跟主治醫師丙還是應屬平行分工?同時在主治醫師丙不清楚A病人的情況下，主治醫師丙跟專科護理師乙真的應屬垂直分工?

法院曾於判決表示「麻醉護理師既僅具有麻醉護理師資格，無論麻醉專業技術如何優良，依法仍須於醫師之指示下實施，同時麻醉醫師亦有指示、監督之責。醫療行為中之信賴關係，自應限於依法得執行醫療業務人員…」，此判決認為麻醉醫師與麻醉護理師就執行醫療輔助行為之情形而言，係屬於垂直分工，而麻醉醫師對麻醉護理師執行醫療輔助行為之過失，無從援引信賴原則[186]。但我們認為醫師與專科護理師或護理師之分工類型為何，首應探究醫療輔助行為之內涵與實際運作的狀況，專科護理師或護理師執行醫療輔助行為，雖須於醫師指示下，始得執行。惟依衛生福利部上開函釋，專科護理師或護理師執行醫療輔助行為之過程，毋庸於醫師目視所及範圍內，顯見專科護理師或護理師於執行醫療輔助行為過程中之獨立性與專業性，指示醫師對於專科護理師或護理師在執行醫療輔助行為之執行層面上或技術層面上並無須直接指揮監督之權，而臨床實務運作上，確實如此[187]。因為醫師人力有限，無可能對其所指示之每一醫療輔助行為都進行監督、確認與把關，惟若要求醫師事事把關，可能反而加重醫師之注意義務與責任。

但是我們有別於多數學者之見解，反而認為「指示醫師」與「執行醫療輔助行為之專科護理師或護理師」間有些情況下是屬於水平分工[188]。雖然學者多認為醫師與專科護理師或護理師之分工關係屬垂直分工[189]，但是本文從司法判決探究醫師與專科護理師或護理師間關於醫療輔助行為過失之責任歸屬，惟醫療輔助行

---

[186] 台灣高法院90年度上訴字第3468號刑事判決、最高法院94年度台上字第1403號刑事判決。

[187] 衛生福利部(94)年衛署醫字第0940005560號函。

[188] 蘇嘉瑞，註44文，頁267。

[189] 張麗卿，註34文，頁54；王皇玉，註33文，頁60–61; 蘇嘉瑞，註44文，頁278; 陳子平，註41文，頁160。

為態樣多元且複雜，以下先針對分析「給藥」此一醫療輔助行為，希冀藉由同類型醫療輔助行為過失例如: 給藥或藥物劑量錯誤之比較與對照，進一步釐清醫師與專科護理師或護理師間關於醫療輔助行為過失責任的歸屬[190]。

以下本文分析三案例之刑事判決分別為「抗生素磷酸鉀案」、「止血劑麻醉劑案」、「北城肌肉鬆弛劑案」，此三案例均為護理師誤認甲藥為乙藥而發生給藥錯誤造成病人死亡。茲分析此三案例如下:

一、抗生素磷酸鉀案:

A病人因被被狗咬傷至醫院求診，醫師診視A病人後開立抗生素 (pansporin)予A病人，甲護理師誤認「醫師開立給B病人注射之磷酸鉀 (potassium phosphate)注射液」為「開立給A病人使用之抗生素注射液」，而為A病人靜脈注入磷酸鉀，A病人於靜脈注射過程中有表示疼痛並拒絕繼續注射，甲護理師沒有理會，繼續靜脈注射，A病人於靜脈注射磷酸鉀過程中當場休克，經急救後，於隔日因磷酸鉀中毒導致死亡。法院認為甲護理師為A病人靜脈注射時，應注意核對注射藥劑與醫師所開之處方是否相符，但甲護理師竟然疏於核對藥物，疏於執行藥物三讀五對原則，以致注射錯誤藥劑造成A病人死亡，甲護理師成立業務過失致死罪[191]。

二、止血劑麻醉劑案

A病人於民國八十八年間因不規則子宮收縮以及子宮頸擴張二公分至甲醫師所開設之診所待產。甲醫師發現經由胎兒監視器的檢查出現胎兒心跳過速現象，建議A病人以剖腹方式生產，同時甲醫師通知乙麻醉護理師到場為A病人實施麻醉。乙麻醉護理師於準備麻醉藥劑時，未核對麻醉藥劑容器之標籤外觀，誤認止血劑 (Transamin)為麻醉劑 (Marcaine)而打入腰椎的脊髓腔內，A病人出現急性腦水腫合併腦疝氣，經急救後於凌晨不治死亡， A病人體內胎兒亦腹死胎中。

歷審法院均認為「乙麻醉護理師取藥時，應核對藥劑容器之標籤外觀，以確

---

[190] 邱慧洳，註94文。

[191] 台灣士林地方法院84年訴字第1173號刑事判決。

認注射之藥劑為麻醉藥無誤，乙麻醉護理師未核對致誤取藥物疏於執行三讀五對原則，顯有過失」。但是甲醫師之過失責任，則有疑義。甲醫師主張其信賴乙麻醉護理師能正確進行備麻醉藥劑工作，故無過失。且合法麻醉護理師應能獨自執行麻醉為當時醫界之習慣。惟地方法院不採甲醫師之抗辯而認為「醫療業務本屬醫師之權限，其雖可委由護理師執行，但乃須在醫師之指示下方得為之[192]。護理師並無單獨執行醫療業務之權限，醫師在將原應由其親自執行之醫療業務交由護理師執行時，即須對護理師之行為負指示及監督之責。…麻醉手術實施前之取藥準備行為是醫療輔助行為，醫師信賴有適當訓練及經驗之合格護理師，指示其準備麻醉用之藥物，亦須口頭詢問護理師確認」。高等法院與最高法院均認為「麻醉係屬醫師法第二十八條第一項所稱之醫療業務行為，依法應由具有合法醫師資格之人為之，而在醫療機構於醫師指示下，始得由護理師為之[193]。乙麻醉護理師既僅具有麻醉護理師資格，無論其麻醉專業技術如何優良，依法仍須於醫師之指示下實施，甲醫師亦有指示，監督之責。醫療行為中之信賴關係，自應限於依法得獨立執行醫療業務人員，如上開醫師執行醫療業務與藥師從事藥品調劑間，始有適用。辯護人引用醫師與藥劑師間之關係，作為類比本案醫師與麻醉護理師間之關係，顯有類比錯誤之誤解」，歷審法院均認為甲醫師未親自核對藥劑容器之標籤外觀，亦未口頭詢問乙所準備之麻醉藥劑是否無誤，甲醫師顯有過失。

三、北城肌肉鬆弛劑案

北城醫院乙麻醉護理師接獲藥商提供一盒肌肉鬆弛劑 (Atracuriurm)作為試用品，並表示該藥物 (Atracuriurm)須冷藏保存，而乙麻醉護理師工作之五樓開刀房中並無冷藏設備，因此乙麻醉護理師貪圖取用之便利，竟將該藥物(Atracuriurm)冷藏在嬰兒房之冰箱內，與冰箱內之疫苗、母奶一同擺設。甲護理

---

[192] 臺灣新竹地方法院89年度訴字第4號刑事判決。

[193] 臺灣高等法院90年度上訴字第3468號刑事判決; 最高法院94年度台上字第1403號刑事判決。

師為嬰兒房護理師，平時負責新生兒照護及疫苗注射之工作。於民國九十一年間，甲護理師受小兒科醫師指示為七名新生兒施打B型肝炎疫苗 1cc，甲護理師打開冰箱取藥時，隨手取出乙麻醉護理師放置之Atracurium後即抽取藥劑。甲護理師抽取第一瓶藥劑完畢後，發現一瓶藥罐僅能抽取五支針筒 (因為Atracurium注射劑一瓶5cc)，與平日一瓶B型肝炎疫苗可抽取一支或十支針筒之情形不符合(因為B型肝炎疫苗有1cc小瓶裝或10cc大瓶裝兩種) ，懷疑有誤，隨口詢問在旁已經下班之護理師丁為何當日疫苗僅能抽取五劑?丁護理師隨口答稱:「可能是更換包裝」，甲護理師聽到丁護理師之回應後，繼續開啟另一瓶 Atracurium，再抽取兩支針筒後，將七支針筒一併拿至嬰兒房中，替七名新生兒做疫苗注射。七名新生兒經注射 Atracurium 後，其中一名嬰兒出現呼吸衰竭，經急救後，因呼吸衰竭及休克而死亡，而其他六名嬰兒則出現各種不等程度之傷害。

法院認為「注射行為乃醫療輔助行為，自得在醫師之指示下為之」所稱「指示」，得由醫師視情況自行斟酌指示方式或醫囑之，甲護理師為具合法資格之護理師，於執行注射疫苗時仍需獨立進行三讀五對的流程，並非醫師應於醫囑單上，將藥品商品的名稱逐字拼音，供護理師來做核對[194]。而護理師僅需要機械性地進行注射手續而已。法院認為甲護理師竟無詳讀藥品標籤與謹慎核對藥名，且甲護理師明知當時小兒科醫生正在嬰兒房內巡房，甲護理師若懷疑有異，應立即請教該醫師，但卻僅隨口詢問在旁之護理師丁，而將Atracurium 誤為B型肝炎疫苗，甲護理師之過失情節甚鉅，法院認為乙麻醉護理師具有麻醉專業，卻將對於嬰兒有高度危險性之肌肉鬆弛劑 (Atracurium) 放置在嬰兒房醫療業務專用之冰箱內，且未豎立明顯之警告標誌，或定期檢視標誌的狀況，或丟棄過期藥劑的標準流程，乙麻醉護理師有過失。但情節較甲護理師輕，甲護理師和乙麻醉護理師於執行醫療業務中違反注意義務，導致新生兒一死六傷，成立業務過失致死罪及業務過失傷害罪。

[194] 臺灣高等法院93年度矚上訴字第5號刑事判決。

以上三案例發生的時間都在有正式合格的專科護理師上路 (民國95年)之前發生。上述「抗生素磷酸鉀案」、「止血劑麻醉劑案」、「北城肌肉鬆弛劑案」三案例均為護理師誤把A藥當為是B藥，而發生給藥錯誤導致病人死亡的憾事。此三案之護理師均成立業務過失致死罪。因為法院認為護理師給藥錯誤有過失，而且過失行為與病人死亡之結果有因果關係，最終業務過失致死罪成立。此三案例皆有關醫療輔助行為過失責任歸屬，在上述「抗生素磷酸鉀案」、「止血劑麻醉劑案」、「北城肌肉鬆弛劑案」中，法院僅論斷執行醫療輔助行為之護理師之過失責任，對相關指示醫師之過失責任，都沒有探究。惟於「止血劑麻醉劑案」中一樣皆為「護理師給藥錯誤」之情境，法院卻認為指示醫師未親自核對麻醉藥劑容器之標籤外觀，未口頭詢問乙麻醉護理師所準備之麻醉藥劑是否無誤而有過失，故無從援引信賴原則而免責，惟此見解有許多討論的空間。

過去對醫療輔助行為所發生之過失責任有表示過法律見解之學者，並不多見。惟針對「止血劑麻醉劑案」，有多位學者曾做過評析，簡述如下:有學者雖認為護理師須依據醫師之指示使用藥物給病人，護理師進行此項給藥醫囑，醫師在可能之注意範圍內，對護理師應進行必要之監督與核對[195]。但在此案中，我們認為護理師在整個醫療過程中，與醫師絕非僅是單純之從屬關係，而係具有某種程度之獨立性與專業性。此案中之麻醉護理師係因「工作態度」之輕忽導致拿錯麻醉藥物，「工作態度」不應屬於醫師需要監督之範圍，否則麻醉護理師每個工作的細節都須要經過醫師的核對與確認，如此一來，專科護理師或護理師對醫師就不是助力，反而是阻力[196]。也有學者認為如果專科護理師或護理師具有合法資格與證照，且其所為之醫療輔助行為係經常執行之醫療業務，醫師在正確指示之情狀下，似無親自確認之必要[197]。若賦予醫師確認之責，在實務運作上恐窒礙難行。

---

[195] 張麗卿，註34文，頁54。
[196] 張麗卿，註34文，頁77。
[197] 吳俊穎、賴慧蓁、陳榮基，註33文，頁181。

另有學者認為法院似僅因「形式上」認定「施打麻醉行為」係屬醫療行為[198]，而推導出麻醉護理師不屬獨立執行業務之人員，進而排除醫師所主張之信賴原則，似乎有所不妥。而且更指出甲醫師抗辯「合法麻醉護理師獨自麻醉，為當時醫界之慣行」，並不可完全採信。因即便該行為已經成為當時醫界之慣行，但若為不良或不是適當以及可能造成病人危險的慣例，醫師仍不得具以免責，故而贊同法院排除信賴原則之適用。

「水平分工」原則上有信賴原則之適用，因醫事人員間各自對其專業醫療事務擁有獨立之自主決定與判斷權，不受互相彼此的指揮監督[199]。「垂直分工」原則上無信賴原則之適用，因於此分工類型中，一方醫事人員對其他方的醫事人員有指揮監督之責，於指揮監督之範圍內，監督者對被監督者所造成的醫療過失，亦應負責[200]。在上述「抗生素磷酸鉀案」、「北城肌肉鬆弛劑案」中，法院對醫師之過失責任，沒有進一步去探究，一般認為其原因可能因為法官認為醫師與專科護理師或護理師間屬於水平分工，二者各自對其業務擁有獨立之自主決定判斷權，不受互相彼此之指揮監督，因此無法論斷醫師之過失。

本文認為醫師與專科護理師或護理師間應屬「混和分工」也就是既有水平分工，也有垂直分工，不能以醫師對專科護理師或護理師執行給藥此一醫療輔助行為具有「指示關係」，就認為二者間有指揮監督關係而屬垂直分工，茲說明理由如下: 一、雖然「給藥」此醫療輔助行為須於醫師指示下執行，「指示」應該是「發動」與「啟動」醫療輔助行為，非謂醫師須對整個醫療輔助行為之執行層面或技術層面進行後續監督與查核。例如醫師開立醫囑指示專科護理師或護理師執行靜脈注射藥物，此指示僅是發動專科護理師或護理師執行靜脈注射藥物，非謂醫師對專科護理師或護理師靜脈注射藥物過程應進行之前和後續的監督。護理

---

[198] 蘇嘉瑞，註44文，頁262，298。

[199] 張麗卿，註34文，頁59; 蘇嘉瑞，註44文，頁263。

[200] 張麗卿，註34文，頁59。

業務具獨立性與專業性，即使對於專科護理師或護理師在醫師指示下執行的醫療輔助行為，也是如此。而且廣義來說，護理業務也應是醫療業務的一部分。

二、因為醫療分工愈來愈細，各專業也蓬勃發展。如專科護理師或護理師一般，於醫療機構接受醫師的指示 (包括書面或口頭醫囑)而執行相關醫療業務者，比比皆是。諸如依照職能治療師法第12條第2項; 物理治療師法第12條第2項; 醫事放射師法第12條第2項; 醫事檢驗師法第12條第2項; 臨床心理師法第13條第2項; 諮商心理師法第14條第2項; 呼治療師法第13條第2項; 語言治療師法第12條第2項; 聽力師法第12條第2項等十類醫事人員，依法都應該依醫師指示或開具之診斷、照會或醫囑為之[201]。若單以「指示關係」作為醫療分工類型之判斷基礎，此十類醫事人員與醫師間即屬於垂直分工，但如此這樣解釋，恐與臨床實務運作之現實狀況有很大的落差。蓋此十類醫事人員為不同領域之專業人員，於執行醫療業務之過程中，均有其獨立權限與專業性，醫師沒有需要全程指揮監督。相反地，認為「受醫師指示，於執行醫療業務過程中，即須受醫師監督」，此見解於臨床實務運作上恐窒礙難行。因為醫師人數畢竟有限，而且醫療業務複雜且繁忙，若要求醫師監督其所指示之各項醫療業務，無異強人所難，亦可能產生不良之醫療資源排擠效應與降低醫療效率，更可能造成醫療品質的下降，實非病人之福。

三、有些學者認為若要求醫師對醫療輔助人員所為之每個動作均負監督責任，醫療分工之價值、專業與目的則完全殆盡。另有學者認於醫療分工中，每位醫事人員僅須負擔自身專業所須遵守之應注意、能注意的義務，對於其他醫療人員之錯誤行為毋庸負責[202]。反之，若須對其他醫療人員之錯誤行為負責，將影響醫療

---

[201] 邱慧洳，註37文，醫療分工，信賴原則與過失責任歸屬–以醫師與護理師間關係為例，法學論述，2016年11月號，頁86–87。

[202] 張麗卿，註34文，頁68。

分工之效率[203]。又有學者認為信賴原則具限縮過失犯成立之效果，可以合理分配各類醫事人員所面對之執業風險應注意、能注意的義務與責任，透過風險之分配機制可以減輕醫事人員過重之應注意、能注意的義務，以利醫療分工效率之提升與醫療品質的改善[204]。

因此有些學者認為醫師與護理師各為獨立執行醫療業務之人，應屬水平分工類型，且對彼此之過失應有信賴原則之適用。如此方能合理分配其所面對之執業風險與責任。惟於「止血劑麻醉劑案」中，法院認為手術實施前之取 (備)麻醉藥的行為是幫病人麻醉的必要步驟，係屬醫療輔助行為。甲醫師信賴合格之麻醉護理師，並指示準備麻醉之藥物，仍須親自核對麻醉藥劑容器之標籤外觀，或口頭詢問護麻醉理師，確認準備注射之麻醉藥劑無誤，惟甲醫師未為之而有過失，故無從援引信賴原則而免責。

本文認為此見解，仍存在許多可以討論的空間，詳述理由如下:

一、根據衛生福利部之函釋，醫療輔助行為本質上為低風險之醫療行為，因為醫師人數與工作時間有限，不可能期待醫師事事親為，故低風險的醫療行為如打針、給藥，在醫師指示下可交由專科護理師或護理師執行，因係「輔助醫師執行低風險之醫療行為，爰稱「醫療輔助行為」，足見專科護理師或護理師僅得執行低風險之醫療行為[205]。但是麻醉為高風險之醫療行為，也是醫師必須親自執行之核心醫療行為，根據醫師法第二十八條規定，施打麻醉藥物根本無法交由麻醉護理師執行，若麻醉護理師執行之，則觸犯密醫罪[206]。法院徙以「惟麻醉係醫療行為，

---

[203] 馬躍中，註41文，頁36 、38。

[204] 王皇玉，註33文，頁62; 蘇嘉瑞，註44文，頁257; 張麗卿，註34文，頁59。

[205] 衛生署(82)衛署照字第8255075號函。

[206] 同前205註文。

依法應由具有合法醫師資格之人為之；而在醫療機構於醫師指示下，始得由專科護理師或護理師為之。醫師在將原應由其親自執行之醫療行為交由專科護理師或護理師執行時，即須對護理師之行為負指示監督之責」。此理由認定甲醫師未盡監督之責，然而麻醉護理師實則不能執行麻醉，此等須醫師親自執行之醫療行為，充其量只能執行低風險之醫療輔助行為。歷審法院均無正視可能有密醫罪的問題，而將重點放在「麻醉醫師須親自執行之醫療行為，故醫師指示專科護理師或護理師執行仍須負監督之責」。本文認為若執行麻醉係屬麻醉護理師不能執行之醫療行為，麻醉護理師就不該執行，而不是任其執行然後再用「醫師監督」把關。

二、縱使給予麻醉藥物為麻醉護理師得執行之醫療輔助行為，麻醉護理師執行醫療輔助行為之前提要件為「醫師指示」。惟由歷審判決中「麻醉於醫師指示下得由護理師為之，故而醫師須對專科護理師或護理師之行為負指示及監督之責」之見解。可知歷審法院均誤認「指示」字眼包括「監督」涵義。依衛生福利部之函釋，「指示」係指醫師之口頭或書面醫囑，其中並無「監督」涵義。換言之，「指示」僅係「發動」或「啟動」醫療輔助行為，非指醫師須對醫療助行為之執行層面與技術層面必須進行後續監督與審視，故而歷審法院以醫師具有指示責任進而推論出醫師具有監督責任，實在有很大的討論空間。況且麻醉護理師基本上可以是準專科護理師或進階之護理師，因為其訓練過程要先取得護理師的資格後，再經過麻醉醫師的指導與麻醉科的臨床實習才可以。因此如果麻醉護理師不能執行麻醉相關之醫療輔助行為，例如準備麻醉藥物，手術前基本的麻醉評估，那麻醉護理師與一般護理師有何不同，也無須花費人力與時間去培訓麻醉護理師。

三、護理業務具獨立性與專業性，即使專科護理師或護理師在醫師指示下執行醫療輔助行為，亦是護理與醫療為兩個獨立專業，二者屬水平分工，使用何種麻醉藥劑進行麻醉為醫療業務，麻醉護理師無斟酌餘地，然而準備麻醉藥物亦屬於麻醉護理師獨立運作之業務範圍。醫師對此無監督之責，法院雖肯認「醫療行為中之信賴關係應限於依法得獨立執行醫療業務人員」，並指出「信賴原則可適用於

醫師執行醫療業務與藥師從事藥品調劑間」，但卻無視於「護理」或是「麻醉護理」為一獨立之專業而認為本案無信賴原則之適用，有進一步討論的空間。

四、在「北城肌肉鬆弛劑案」中，甲護理師錯將「肌肉鬆弛劑」誤為「B型肝炎疫苗」為新生兒注射，造成多名新生兒死傷，但是檢察官對指示醫師不予起訴。法院亦於判決中指出: 注射行為乃醫療輔助行為，自得在醫師之指示下為之。所稱「指示」，得由醫師視情況自行斟酌指示方式或醫囑為之[207]。甲為合法資格之護理師，於執行注射疫苗時，仍需本著護理專業獨立進行三讀五對的流程。並非醫師應於醫囑單上，將藥物商品名稱逐字拼音，供護理師核對，而是護理師僅需機械性地進行注射手續而已。值得注意的是，法院認為護理師可以獨立進行「三讀五對流程」，依此邏輯，專科護理師或護理師可獨立準備藥物、執行藥物注射，於此過程中，醫師毋庸對其監督。「北城肌肉鬆弛劑案」同屬「護理師依醫師指示給予藥物，卻發生給藥錯誤情形，惟其判決結果卻有不一致的地方，本文認為「北城肌肉鬆弛劑案」，法官對「護理師在醫師指示下執行醫療輔助行為」之概念較為精確，且將「護理」視為獨立專業，而毋庸醫師監督與審核，依照如此的法律見解，亦較符合護理臨床實務運作之現實狀況。惟有其他學者認為此兩案判決結果不可能原因在於「北城肌肉鬆弛劑案」係為新生兒施打疫苗，而「止血劑麻醉劑案」係施打麻醉藥物，可能係藥物性質不同，因此法院看法不同[208]。但我們認為「打針、給藥」既屬於醫療輔助行為，不應因為藥物性質的不同而有區分醫師之監督責任。依照這樣的解釋，將使醫師之監督責任之認定趨向不穩定性與無限上綱。亦有學者認為法院對此兩案為相反認定之理由，可能是為新生兒施打疫苗為「醫療輔助行為」，而施打麻醉藥物為「醫師親自執行之醫療行為」。既

---

[207] 臺灣板橋地方法院92年度矚訴字第1競刑事判決; 臺灣高等法院92年度矚上訴字第1號刑事判決。

[208] 卓育璇，醫療分工與信賴原則–我國與德國法之比較，台灣大學法律學院法律學系碩士論文，2008年6月，頁1 60。

然後者為「醫療行為」護理師即應由醫師監督之[209]。就像外科醫師手術當然相信手術器械的消毒，手術室護理師一定會依照標準流程進行，可是目視下醫師不可能發現手術器械的問題。因此我們認為有很多需要進一步深入的討論。

判斷醫師與護理師過失責任法律歸屬之建議，本文認為醫師開立正確藥物，醫師會相信護理師恪守三讀五對原則，給予病患正確的藥物為病人治療，但護理師卻拿錯藥物予病人，因為「開藥」是醫師之獨立與專業權限，而「給藥」為護理師之獨立與專業權限，因此醫師對護理師無指揮監督的關係，醫師可以主張信賴原則而無庸對其病人的死傷負責。惟學者多認為醫師與護理師之分工關係屬垂直分工[210]。本文所呈現之三個案例，除「止血劑麻醉劑案」外，法院均僅追究執行醫療輔助行為之護理師之過失責任，對指示醫師完全沒有探究，惟若參照幾位學者之見解，「抗生素磷酸鉀案」、「止血劑麻醉劑案」、「北城肌肉鬆弛劑案」，三案中之指示醫師因對護理師有指示，醫師指揮監督之權，可能對護理執行醫療輔助行為造成之過失，無從援引信賴原則而免責。也有學者認為醫事人員間能否主張信賴原則，應以實際工作的內容加以觀察與分析，非僅從醫事人員之職稱或工作項目來判斷[211]。從護理師之工作內容來觀察，無論自主性業務或指示業務，專科護理師或護理師在執行醫療過程中均有獨立權限，與醫師間應屬水平分工。

本文建議司法實務未來在判斷醫師與護理師之分工類型與醫療輔助行過失責任歸屬上，首應對「醫護輔助行為之內涵」、「醫護分工之實務運作之現實狀況」有所了解，不應繞者「指示關係」打轉而誤認醫師對護理師執行醫療輔助行為之執行層面或技術層面有指揮監督之責。本文認為若要求醫師對其所指示之每一醫療輔助行為進行監督，可能加重醫師之注意義務與責任，故而醫師對專科護

---

[209] 蘇嘉瑞，註44文，頁296。

[210] 張麗卿，註34文，頁54；王皇玉，註33文，頁60–61; 蘇嘉瑞，註44文，頁278；陳子平，註41文，頁160。

[211] 張麗卿，註34文，頁54。

理師或護理師之過失行為應能主張信賴原則而免責。如此解釋，較符合臨床實務運作情形，且較能對醫事人員執行醫療業務所面臨之風險與所需負之責任進行合理分配。

在醫療領域，通常由不同專業之醫事人員所組成之醫療團隊提供病患各種醫療照護，然若發生醫療過失，因醫療情境與過程多元而且複雜，過失責任歸屬之判斷，誠屬困難，然由全體相關之醫事人員承擔過失責任並非合理，仍需就各醫事人員是否違反應注意、能注意義務而進行個別判斷。醫療分工行為精細，分為垂直分工與水平分工類型，在判斷相關醫事人員之過失責任時，應考量涉入過失情節中之相關醫事人員屬於何種分工類型，並參照信賴原則之概念，以便進行合理之風險與責任分配，而醫療分工類型之判斷，應植基於「醫護輔助行為之內涵」與「醫護分工之實務運作之現實狀況」有所瞭解，同時可能需要考慮混合分工之醫療類型。

本文案例中（和平醫院)之醫師（甲與丙主治醫師)以及專科護理師（乙)都被以業務過失致死起訴，對於有關過失犯的相關討論如後，過失行為的犯罪其性質上當然與故意犯完全不同。在刑法規定上的應罰性，尤其對於業務過失在我國刑法上有加重處罰的規定。醫療相關人員執行醫療業務導致病人死亡應屬業務過失。以下將過失犯的結構分別就犯罪類型的自始區隔、過失概念、行為人主觀能力的考量以及風險製造來討論與分析。

一、犯罪類型的自始區隔：早期的行為理論以因果行為論來定義刑的行為概念，在犯罪理論中對於過失行為的不法內涵，將重點放在過失行為如何導致侵害結果的發生，相對於故意犯罪行為，過失犯所表現的是另一種犯罪的方式，主要是要區分進行過失行為與故意行為時行為人不同的心理狀態，但在不法要件的分析中過失行為與故意行為並沒有不同[212]。根據目的行為理論，現在大多學者認為將

[212] Vgl.Wessels/Beulike Strafrecht AT., Rn. 657. 轉引自李聖傑，過失犯罪行為的檢驗，元照，2005 年 9 月。

過失犯定位為對應故意犯而獨立存在的犯罪類型，並具有其特有之可罰性，也因此過失行不但在罪責階層必須討論，也應該在不法階層中被分析，換句話說，過失不只是罪責要素，也是一種不法要素[213]。在犯罪判斷時，過失行為從一開始之相關待證事項的提出，就應該在構成要件的該當檢驗時，與故意犯有所區隔[214]。

將過失犯平行於故意犯而理解為獨立的犯罪行為模式，當然過失犯也必須符合一般刑法學說對犯罪的基本概念闡釋。當犯罪之上位的抽象描述被理解一種具備刑法不法而且有罪責的行時，以這樣的定義透過論理的邏輯運用後，則所謂過失犯的行為事實上就是指，故意犯以外行為人具有刑事不法與罪責的行為[215]。在本文案例中，當事人專科護理師乙和主治醫師甲、丙執行醫療行為雖然造成病人 A 死亡，但不可能有故意的可能成立，法學界多數學說認為所謂的故意，是指行為人對於犯罪事實有認識並有意使其發生的主觀意識，這種主觀意識又稱為直接故意。另外，行為人對於犯罪事實有認識且犯罪事實的發生不違背本意時，則稱為間接故意。因此本文案例中的當事人應該檢視的是有無刑事不法與罪責的行為。

二、過失概念：探究過失犯的核心重點是關於什麼時候行為人的行為可以被認定具有過失[216]。我國刑法在第 14 條第 1 項以「行為人…按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失」。將過失概念作了類似立法解釋的定義，相較於德國刑法第 15 條，只規定對於過失行為的處罰須以明文規定為限的處罰原則，我國刑法似乎對於過失行有比較明確的表達。可是在進一步了解實務與學說對於所謂

---

[213] 許玉秀，探索過失犯的結構，主觀與客觀之間，1977 年，頁 185。

[214] 林山田，刑法通論 (下)，1977 年，頁 185; 元照，增訂 10 版，2008 年 1 月; Vgl.Auch Wessels/Beulke, Strafrecht AT., Rn. 657. Kuhl, Strafrecht AT., 3 Aull, 2000, §17, Rn. 7; Haft, Strafrecht AT., 8. Aufl, 1988, S. 157; Jescheck/Weigend, Strafrechts. AT., S. 564; Samson in. Sk-StGB, Anh. Zu §16, Rn. 9. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[215] 黃榮堅，基礎刑法學 (上)，元照，1977 年，頁 121。

[216] 許玉秀，同前註文 213，頁 182; 李聖傑，同前註文 212。

「應注意、能注意、不注意」的詮釋後，可以發現我國有關過失的規定，其實並沒有因此讓過失概念較清晰[217]。基本上過失在我國與在德國一樣，都是屬於必須被補充的開放性構成要件[218]。而且用來輔助過失是否存在的判斷思考因此對目的理論起源有明顯影響之刑法學者 Welzel 對於必要注意的引用也受到重視，直至現在以「客觀注意義務之違背，作為過失犯之不法要件之一的思考，仍然明顯被一些刑法學者用來對於過失概念的闡釋[219]。」

相關刑法學者嘗試以客觀注意義務之違背作核心思考，架構出過失犯的構成要件要素，在具體案例判斷中藉由（一）結果原因的存在;（二）構成要件結果發生的客觀可預見性;以及（三）客觀注意義務之違背的順序檢視，確定案例事實中過失行為的構成要件該當，其中結果發生的可預見性與注意義務的違反被認是相互間無法獨立存在的要素[220]。至於對於結果發生之預見可能的判斷，由於在結構中被認為是客觀的檢驗，主要是透過一般生活經驗對於個別行為人的角色轉換作論證演繹的基礎[221]。在本文醫糾案例中有關結果發生的可預見性，當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙執行醫療行為雖然造成病人 A 死亡，病人 A 最後解剖的診斷是主動脈剝離性動脈瘤破裂出血，在第二章第三節中有說明，這個疾病的困難診斷加上臨床的表現，要在死亡前作出正確的診斷就已經非常困難，如何可預見病人可能會死亡，醫師都很難做出正確的診斷，更何況是專科護理師。有關注意義務的違反，當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙執行醫療行為時應

---

[217] 同前註文 213，頁 285 以下。

[218] Vgl. Haft, Strafrecht AT., S. 163, Wezel, Das neue Bild des Strafrechtssystems, 4, erweiterte Aufl, 1961, S. 32. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[219] 同前註文 212，頁 161; 廖正豪，過失犯論，三民，1993 年，頁 99; Cramer/Sternberg-Lieben in: Schonke/Schroder, StGB, 26. Aufl. 2001, §15, Rn. 116; Maurach/Zipf, Strafrecht AT, Teiband I, 8. Aufl., 1992, §17, Rn.10. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[220] Wessels/Beulke, Strafrecht AT., Rn. 667. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[221] Vgl. Lackner, StGB, 22. Aufl. 1997, §15, Rdnr. 46; Maurach/Zipf, Strafrecht AT., §17, Rn. 11. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

注意、能注意的醫療相關事項，在第二章第三節中有說明，整個醫療過程基本上並沒有注意義務的違反。

三、行為人主觀能力的考量

在過失犯之構成要件該當的檢驗時，不可避免會發生對法益保護寬嚴不一的現象，因就法益是否存在有被破壞的可能性而言，注意義務顯然在不同的職業領域、生活經驗可以有不一致的要求[222]。強調個別主觀注意能力是屬於過失構成要件之必要要件的學者認為對於行為人遵守刑法規範的要求，事實上只有在其有遵守可能時，才有禁止或誡命的意義。換言之，超越遵守可能能力的要求，就如同對不作為犯之不可能作為的期待一樣，都因為在具體案例事實中對於法益保護沒有實質的貢獻，而不應該被理解具備有規範性質。但如果從法益保護之規範目的的思考出發，如果行為人對於法益不被侵害有較高的注意標準，或對於結果發生有較高程度的預見可能時，似乎也無法只要求行為人盡到一般的注意義務，而放棄對於法益更高效率的保護[223]。

有關行為人主觀能力的考量，在本文案例中當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙執行醫療行為都是本著濟世救人的心態，因為醫療是一種良心事業，而且這三位醫療人員都有合格的專業證照，同時也有多年的臨床經驗，其專業能力應該沒有問題。但或許有人認為人命關天，對於醫療專業人員在執行醫療業務時，當對於結果發生有較高程度的預見可能時，無法只要求行為人盡到一般的注意義務 必須要有更高標準的注意義務。可是如果無限上綱，並且以事後諸葛的去嚴格檢視每一細節，這對辛苦的醫療專業人員是很大的壓力和負擔。

部分刑法學者直言指出客觀注意義務的強調不但多餘，而且是運用規範的邏輯錯誤，因為其表現了行為人對於結果發生的預見性存在有所謂的客觀可能，又

---

[222] Vgl.Stratenwerth, Strafrecht AT. I. 3. Aufl, 1981,§15, Rn. 1097. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[223] 黃榮堅，從醫療疏失論過失概念，刑事法之基礎與界限–洪福曾教授紀念專輯，學林，2003 年，頁 251 以下; 同前註文 222。

混淆了禁止與誡命規範的意義，而錯亂了作為與不作為的行為類型，對於過失犯來說，結果的發生和故意犯一樣，有著很多原因條件，但是透過客觀注意義務的違背來彰顯行的禁止或誡命，卻不是過失犯可以判斷過失概念的標準，過失犯的不法內涵應該在於個別行為人對於結果發生的預見可能性來做個別判斷。在以預見可能性詮釋過失概念的討論中，有學者從知識總量與結果發生之預見總量的關係分析，作為探求主觀預見可能性的標準，並以刑罰對象應該排除無知的思考，將決定預見可能的因素，聚焦於行為人對保護他人法益「不關心」的思考，直接賦予對於過失之犯罪型態的判斷中個別化理論所具備之論證的正當性基礎[224]。在本文案例中當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙都有合格的專業醫師和護理師的證照，從知識總量與結果發生之預見總量的關係分析，作為探求主觀預見可能性在病人死前作出正確得診斷的標準，因為三位當事人都不是心臟科相關的醫療專業人員，如何苛求，或許有些人認為應該要及時會診，本文在第二章第三節中有說明，當時的情況是院內並沒有心臟外科專科醫師，即使診斷出來，對病人應該也無法改變死亡的結果。

四、當「風險製造」透過客觀歸責理論被 Roxin 定位為評價故意犯之不法構成要件的積極要素後，Roxin 也嘗試在過失犯的不法要件中，以風險製造的概念來建構過失犯的構成要件要素[225]。過失的定義藉由客觀歸責理論的應用，只要是可以被解讀為容許風險的行為，就不會是過失行為;而且容許風險的討論不是罪責要素，而是過失犯的不法要素[226]。對於一般刑法學者以注意義務的違反作檢視過失概念的要件，主張客觀歸責理論者認為，其實注意義務的違反不過是表徵了行為存在有製造法所不容許之風險的狀態，事實上「注意義務之違背」這一個概括的判斷原則，在操作檢驗程序時，如果應用客觀歸責理論，應該會有更精緻的

---

[224] 黃榮堅，前註文 215，頁 292 以下。

[225] Vgl. Roxin, Strafrecht AT., §11, Rn. 1. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[226] Vgl.Roxin, Strafrecht AT., §24, Rn. 6. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

歸責標準[227]。依照客觀歸責理論所衍生出來之檢視過失犯的要件，首先為「不容許風險的製造」，刻意將其塑造過失犯之構成要件要素的核心[228]。Roxin 認為如果在案例事實中行出現有這些標準的逾越，那麼基本上行為人的舉止可以被解釋為製造風險的行為，除非利益破壞的保護已經超過構成要件的保護範疇。

這些評價標準分別為

(一)法規範 (Rechtsnormen)

(二)工作與活動規範 (Verkehrsnormen)

(三)信賴原則 (Vertrauensgrundsatz)

(四)特定專屬的判斷標準 (Differenzierte MaBfigur)

(五)探知義務與不作為義務 (Erkundigungs und Unterlassungspflichten)

(六)利益與風險的衡量 (Abwägung von Nutzen und Risiko)[229]。

至於信賴原則的應用，則是對於科技社會發展所衍生之公眾共同利益維護的危險分配的尊重，如果行為人於特定危險行為實施時，可以因生活經驗的信賴，認被害人或第三人將有適切的應對舉止，即使結果發生，行為人的行為也不被認是製造風險。應該是行為人的行為不會被理解為製造法所不容許的風險而限制了過失犯的成立[230]。有關義務與不作為義務的考量中，當行為人不存在有避免超越承擔能力而仍為行為之實行時，則因不作為義務的違背，應該是一種風險製造的類型。可以被認是滿足了過失犯的不法要件[231]。在本文案例中，醫療行為本身就是一種風險製造，尤其對於侵入性的醫療行為，例如手術、心導管檢查…等，

---

[227] Vgl.Roxin, Strafrecht AT., §24, Rn. 10. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[228] Vgl.Roxin, Strafrecht AT., §24, Rn. 11. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

[229] 轉引自 Vgl. Roxin, Strafrecht AT., §24, Rn. 11 轉引自李聖傑，同前註文 212。; 林東茂，過失犯罪，法學講座第 13 期，2003 年 1 月，頁 14 以下。

[230] 廖正豪，前註文 219，頁 210; 曾淑瑜，信賴原則在醫療過失中之適用，月旦法學雜誌，第 28 期，1997 年 9 月，頁 85。

[231] 轉引自 Vgl. Roxin, Strafrecht AT., §24, Rn. 34. 轉引自李聖傑，同前註文 212; 林東茂，前註文 229，頁 16; 許玉秀，前註文 213，頁 196。

可是這些風險的製造是為了能減輕或解除病人的病痛。

從刑法的性質而言，犯罪本質要件的設計是極嚴格的，這些嚴格的檢驗不但應該表現出謙抑性與最後手段性的相關刑法解釋，更應該在犯罪的定義中，直接連接刑罰必要的判斷，而以刑法目的的實踐來驗證這些被論證出來的犯罪要件。不論刑法的目的在論證思考上是了保護法益、維護規範甚或利益衡平[232]。因此過失犯處罰的考量應該是著重於行為對於法益破壞的客觀本質，如果結果沒有發生，我們也找不到過失犯破壞具體法益之法規範敵對的刑法秩序的不容許[233]。處罰過失犯的論理基礎，確實相當接近是一種經由事後的客觀存在(結果發生)所連結的社會秩序期待。事實上，行為人主觀上可能沒有法敵對，就特定的結果發生或重大的法益破壞而言，行為人存在了一個被認有「瑕疵」的行為。所謂以注意義務的違背來建構過失要件，確實是混淆了過失犯之禁止與誡命規範違反的邏輯，在犯罪概念中對於不法階層之客觀歸責的檢驗方法上，過失犯其實並沒有需要發展出與故意犯不同的判斷方式，一個以法益受侵害的狀態發生為前提所設計出來之區隔不幸與不法的原則，在過失犯的結構設計中還是可以被強調[234]。從刑法的最後手段性來考量法益的保護時，其實過失犯沒有這麼強烈的法敵對性，如果可以其他的法律秩序來規範（例如行政法規）相關可能侵害法益的行為，並且透過確實執行（例如行政機關對醫院管理不定時的抽檢或評鑑)來達成特定秩序與品質的創造，可能會更有效的防止法益的被侵害。我們認為以結果的發生，作過失犯檢驗的第一個要件，其實是對於所謂經過事後檢驗之秩序期待的妥協，事實上，過失犯已經被懷疑是否具有傳統的犯罪性格，當過失犯的犯罪性質發生

---

[232] 蘇俊雄，刑法總論 I，1995 年，頁 19; 蔡墩銘，刑法精義，翰蘆，2000 年，頁 9; 黃榮堅，前註文 215，頁 16 以下。

[233] Vgl. Jakobs, AT., Abschn, Rn. 4; ders. Norm. Person. Gesellschaft-Voruberlegung zu einer Rechtsphilosophie, 1997, S. 25; 28. 轉引自李聖傑，同前註文 212; 黃榮堅，刑罰的極限，元照，2000 年 4 月。

[234] Vgl. Otto, Grundkurs Strafrecht, 4. Aufl. 1992. S. 170. 轉引自李聖傑，同前註文 212。

動搖，那麼我們也會自然的懷疑刑罰加諸過失犯的必要[235]。在本文案例中當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙都因在執行醫療過程中，因為導致病人死亡而被以業務過失致死起訴。絕大多數的醫療人員不會故意造成病人的死傷，本文認為醫療有其極限，同時也充滿了不確定性，對於醫療專業人以刑法處罰過失是否有必要，如果醫療過程中所有結果的發生（病人的死傷)都要以過失犯處罰，那麼保護性的醫療以及人球的層出不窮，造成醫療環境的敗壞以及醫療品質的下降，實非病人之福。

第二款 共同侵權民事責任分析

如果不用刑法處理醫療糾紛的問題，從民法的觀點分析，本文案例中有關醫療行為是否有消費者保護法第七條無過失責任的適用?學說理論上，爭議非常多，最高法院向來認為手術和侵入性的醫療行為無消費者保護法第七條的適用。本案例中專科護理師乙為病人A放鼻胃管，是否屬於侵入性的醫療行為，還是有爭議。在涉及醫瘵行為的判決中，醫瘵糾紛的攻防幾乎都放在有無過失的爭執。醫病關係從早期的尊重醫生專業與服從權威的態度，到最近幾年的病患或家屬消費意識及權利爭取的態度轉變，醫生與病患或家屬間的關係，也越來越緊張，尤其在消保法實施之後，消費者權益的強調，不但加深彼此的對立，也動搖了雙方原本醫病信任的基礎，終致醫療糾紛層出不窮。尤其我國社會常有以刑逼民的訴訟文化，被害人常常藉由醫療糾紛事涉刑法業務過失傷害罪或致死罪，以刑事告訴或自訴方式，輔以附帶民事訴訟免除訴訟費用的支出，進而達到訴訟上或訴訟外和解獲得賠償的目的，甚至有以抬棺、白布條、灑冥紙、包圍醫院或暴力行為等激烈抗爭的方式，也難怪醫療糾紛已經成為醫師心中永遠的痛。然而此等現象，也反映

---

[235] 李聖傑，過失犯罪行為的檢驗–評臺灣板橋地方法院 92 年矚訴字第 1 號刑事判決，民主・人權・正義–蘇俊雄教授七秩華誕祝壽論文集，元照，2005 年 9 月，頁 110–129。

出我國現行醫療糾紛法律上處理的制度或傳統民事責任賠償制度上是否真的出了什麼問題，值得進一步去探討。關於醫療事故的法律責任，在刑事方面為業務過失傷害及業務過失致死，在民事方面則為損害賠償。其中民事責任的請求權基礎，一向基於侵權行為或契約（債務不履行）;前者必須醫師的醫療行為具有故意、過失（民法一八四條），後者則須有可歸責於醫師的事由（民法二二七條），此項法律上的見解從未受到質疑。但是在民國八十七年台灣台北地方法院就「馬偕醫院肩難產」的民事事件，首度打破傳統，將消費者保護法中企業經營者的無過失賠償責任適用在醫療行為上，不僅造成醫界極度的恐慌，並引發學術界廣泛的討論與爭辯。學說理論上關於醫療行為是否適用消費者保護法無過失責任，主要爭點在於:

一、醫療行為是否屬於消費者保護法上的服務？

二、消費者保護法上關於服務責任的規定，其適用範圍是否包括醫療服務在內？

三、接受醫療服務的病人，是否屬於「以消費為目的而接受服務」的消費者？

四、醫療事業機構或醫事人員與病人間的醫療關係是否為一種「消費關係」？

我國法院實務見解，對於醫療行為是否適用消費者保護法，相較於學說理論，同樣有肯定、否定說不同的見解。消費者保護法第7條（企業經營者就其商品或服務所應負之責任）：「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者，於提供商品流通進入市場，或提供服務時，應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性。商品或服務具有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於明顯處為警告標示及緊急處理危險之方法。企業經營者違反前二項規定，致生損害於消費者或第三人時，應負連帶賠償責任。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。」

醫療行為是否適用消費者保護法?我國法院實務見解，關於醫療行為是否適用消費者保護法，也有正反兩面的見解，有站在保護消費者立場，而認為應適用消費者保護法。若醫療服務要適用消費者保護法，解釋上應認為為限縮於因醫事

人員「故意或重大過失」所導致之損害，病人始得請求懲罰性賠償金，以下就較重要的見解加以整理與討論。

按消費者保護法第七條第一項規定：「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者應確保其提供之商品或服務，無安全或衛生上之危險」。該項所稱「服務」，應係指非直接以設計、生產、製造、經銷或輸入商品為內容的勞務供給，且消費者可能因接受該服務而陷於安全或衛生上的危險而言；因此，本質上具有衛生或安全上危險的醫療服務，自有本法的適用[236]。

醫療行為是否不適用消費者保護法?我國法院實務見解認為，關於醫療行為是否適用消費者保護法。也有站在衛生福利部主管機關立場，而認為醫療機構及醫護人員，也要加以保護其權益，因此主張應不適用消費者保護法[237]。

按照消費者保護法第七條雖規定：「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者應確保其提供之商品或服務，無安全或衛生上之危險；商品或服務具有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於明顯處為警告標示及緊急處理危險之方法。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。」消費者保護法第二條規定：本法所用名詞定義如下：

一、 消費者：指以消費者為目的而為交易、使用商品或接受服務者。

二、 企業經營者：指以設計、生產、製造、輸入、經銷商品或提供服務為營業者。

三、 消費關係：指消費者與企業經營者間就商品或服務所發生之法律關係。

同時消費者保護法施行細則第二條規定：「本法第二條第二款所稱營業，不以營利為目的者為限。」惟消費者保護法及其施行細則就所規範之服務意義為何，並無明確定義，故就消費性服務為一般性之定義，有其困難，自更無從僅以文義

---

[236] 最高法院90年度台上字第709號判決（肩難產案件）；陳怡安，醫療服務嚴格責任之解釋論–兼評「肩難產案」判決，法學叢刊，第一七二期。

[237] 最高法院89年度重上字443號判決（長庚醫院新生兒敗血案）。

解釋判斷醫療行為有無消費者保護法之適用，而應分別各個法律行為之性質，而為合目的性之解釋。」

按消費者保護法第一條第一項規定：「為保護消費者權益，促進國民消費生活安全，提升國民消費生活品質，特制定本法。」此為就該法立法目之所為之明文規定，是為法律條文之解釋時，應以此明定之立法目的為其解釋之範圍。在消費者保護法中商品無過失責任制度，由於消費者無論如何提高注意度，也無法有效防止損害之發生，是藉由無過失責任制度之適用，迫使製造商必需擔負較重之責任，換言之，製造商在出售危險商品時，會將其所可能賠償之成本計入售價之中，亦即將使產品危險之相關訊息導入產品價格之內，帶有分擔危險和風險之觀念。但就醫療行為而言，其醫療過程充滿危險性、複雜性與挑戰性，治療結果充滿不確定性與難予預測，醫師係以專業知識，就病患的病史、病情及身體狀況等加上檢查、檢驗結果做綜合考量，選擇最適宜病患之醫療方式進行醫療，若將無過失責任適用於醫療行為，醫師及醫事人員為降低執業危險考量，將可能會以危險性及風險性之多寡與輕重，作為其選擇醫療方式之惟一或最重要之因素；但為治癒病患起見，有時醫師仍得選擇危險性及風險性較高之手術，今設若對醫療行為課以無過失責任，醫師為降低危險行為考量，將傾向選擇較消極保守，較不具危險之醫療方式，而捨棄對某些病患較為適宜、有積極成效之較侵入的治療方式，此一情形自不能達成消費者保護法第一條第一項之立法目的非常明確。

相較於種類及特性可能有各種不同的消費商品，現行醫療行為就特定疾病之可能治療方式，其實相當有限以及差異不會太多，若藥物治療方式所存在之危險性與風險性，經評估仍然可能高於醫師所能承受者，而醫師無從選擇其他不同的醫療方式時；或改用較不適宜但危險及侵入性較小之醫療行為可能被認為有過失時，醫師將不免選擇降低危險的醫療行為，換言之，基於自保之正常心理，醫師將選擇性對某些病患以各種原因和手段不予治療，且此種選擇可能會先行排除社會上之弱勢者，而此類病患可能又是最需醫療保護者。此種選擇病患傾向與選擇

之出現，即為「防禦性醫療」中最重要之類型，同樣不能達成消保法第一條第一項所明定之立法目的。而醫師採取「防禦性醫療措施」，一般醫師為免於訴訟之煩繁，寧可採取任何消極、保守、安全之醫療方式，以爭取盡量接近「百分之百」之安全，更盡其所能，採取防禦性醫療，以避免因為一時疏忽而無法免除無過失責任。如此醫療手段之採取，不再是盡全力救治病人之生命及健康，而在於保護醫療人員治療過程之行為安全。而過度採取醫療措施，將剝奪其他真正需要醫療服務病人之治療機會，延誤救治時機，增加無謂醫療資源之浪費，成非病患與社會之福。依上述，醫療行為如果適用消費者保護法的無過失責任制度，反而不能達成消費者保護法第一條所明定之立法目的。乃應以目的性限縮解釋方式，將醫療行為排除於消費者保護法適用之列。故將醫療行為適用於消費者保護法，反而違背該法明定之立法目的，從而醫療行為即無消費者保護法之適用[238]。

專門職業人員之服務，尤其醫療契約之服務與治療，無論是否涉及商品之使用，英、美二國法院均認為專門職業人員僅負擔過失責任，亦即只需盡到合理之注意與能力，即無需負責，其理由如下：

一、 醫學並非精密科學有其限制和極限，醫療行為之治療過程與結果，充滿不確定性、難以預測性與危險性，非醫師所能控制。

二、 醫療傷害所造成的損失無法經由保險分散，必須由病患承擔損失，以分散風險，從而必定增加一般患者之醫療費用，使醫療服務獲得不易，降低醫療可近性，實非病患之福。

三、醫師的醫療責任與負擔增加，將促使醫師採取「防禦性醫療措施」，醫療手段之採取，不再以病人之安全與健康為最高考量，反而在於保護醫療人員。我國消費者保護法既然是繼受諸先進國家法典而來，就服務業者之責任，自應採取相同或至少接近之見解。準此，就醫院及醫師所提供之醫療服務，應無消費者保護

---

[238] 台灣高等法院90年度上字第636號判決。

法第7條第一項規定之適用。

因為民法為普通法，消費者保護法為民法的特別法，是針對保護消費者權益所作的特別規定，優先於民法的適用，其對消費者權益的保護層次絕對高過民法的規定，尤其有關無過失責任的原則，更是對消費者非常有利。而醫療行為則因另有醫師法、醫療法等特別法的規範，此等醫事法規與消費者保護法類似，兩法在法律適用上屬於法規互相競合的關係，一般學者認為醫療法是消費者保護法的特別法（特別法中的特別法），醫療行為應該是屬於醫療法的規定，一旦發生醫療糾紛，基於特別法優於普通法的原則，或全部法優於一部法的原則，醫療法既是特別法，也是對整個醫療行為全部的規範，當然就應優先適用醫療法。也有學者認為「我國已公佈實施醫師法及醫療法，兩法已對於保護病患，以及對醫師執業發生相當規範之作用，醫師法及醫療法係專門規範醫師的法律，對於消費者保護法系概括規範消費行為的一般法而言係屬特別法，自應優先消費者保護法而適用之。」此參諸最高法院最近幾年來的判決中也經常引述：「醫療行為不適用消費者保護法」的見解，顯然確定並釐清醫療行為法律適用的問題，並間接承認醫療法優於消費者保護法，即醫療法為消費者保護法的特別法的觀點。

也就是說，以目前立法院搶先在醫療法修訂的現實狀況而言，消費者保護法之於醫療行為問題上，可能只好先適用醫療法，雖然修正後的醫療法尚有許多不如人意與需要修改的地方，並且希望藉由學者、專家、法院的實務經驗繼續演進而讓醫療法達到比較完美的境界，但是基於特別法優先於普通法的原則，醫療行為既已回歸侵權舉證責任由原告負責的規定，病人及家屬也只能儘可能蒐證因應（包括影印病歷或監視器錄影等），盡量舉證，否則就只能任憑運氣，全然交託給醫療機構與醫事人員的敬業態度與良心良知了[239]。

依照民法的規定，要依循法律途徑請求他人賠償自己的損失，必須自己在法

[239] 聯晟法律事務所網站，法律知識庫，http://www.rclaw.com.tw。

律上擁有一定的權利才可以，這種可以憑藉來對他人主張的法律上權利稱為請求權基礎，在訴訟程序上又稱為訴訟標的。醫療訴訟可以主張的請求權基礎（訴訟標的）有兩種：「侵權行為損害賠償請求權」（民法184條以下）及「債務不履行損害賠償請求權」（主要為民法227條）。目前通說採請求權競合說，訴訟上原告可以同時主張之。

依照傳統舉證責任分配的理論，原告（患者方面）根據侵權行為損害賠償請求權請求賠償時，必須負責證明醫師或相關醫事人員在醫療過程中的某些行為(包括檢查、檢驗、診斷及治療)具有過失，同時也要證明這個過失行為和損害間具有因果關係。然而因為患者方面通常欠缺或不慎了解相關醫學專業知識，對於複雜的醫療過程更是不清楚，要負責舉證有實際上的困難。有鑑於此，日本在實務運作上，對於醫療糾紛，從昭和40年代（約民國54年）開始盛行主張債務不履行損害賠償請求權。時至今日，日本的醫療事故訴訟中，原告大多主張被告（醫師、醫事人員或醫療機構）應同時負擔兩種責任，以增加原告勝訴之機會。但反觀我國醫療判決中，債務不履行的主張卻極為少見，絕大部份的訴訟標的仍然只有侵權行為損害賠償請求權。為什麼會有這種現象呢？法律條文頗為抽象，運用上為求精確，通常會將條文依據法學理論分割成多項要件，並就各項要件分配證明之責任，分由原被告雙方來承擔，負有舉證責任之人必須就其被分配之要件逐項證明，最後才由法官根據各項證據及事實，判斷法律上的權利存在或不存在。例如民法第184條第一項前段的侵權行為損害賠償請求權的規定，就可分為五項要件：

一、行為人有故意或過失

二、有加害行為存在

三、該行為具有不法性

四、被害人有損害發生

五、加害行為和損害間具有因果關係

必須這五項要件的存在均獲得證明為真，原告的請求才會得到承認。在涉及複雜專業知識的醫療訴訟中，這五項要件裏，以「故意過失」和「因果關係」二者最難證明，往往成為訴訟勝負的關鍵。正因為主張侵權行為損害賠償請求權有這樣的困難，債務不履行損害賠償請求權的規定才逐漸受到重視，因為主張債務不履行不必證明「故意過失」和「因果關係」。根據契約法的理論，主張債務不履行請求損害賠償，必須符合三項要件：

一、債務人有給付義務（須證明契約有效成立）

二、債務人未依債務之本旨而為給付

三、債務人有「可歸責事由」（故意或過失）

原告（債權人，醫療糾紛中為病人或家屬）只要證明一、二兩項要件存在即可，而不必證明要件三之可歸責事由，也就是不必證明債務人是否有故意或過失。這樣的規定，相較於侵權行為法的規定，從表面看，對於債權人（原告即病患方面）自是有利。然而，果真如此，為何我國醫療訴訟少見類此的主張，而少數曾主張債務不履行者更絕少因而獲致勝訴判決，原因何在？依照過去學者的見解，可能原因有二：

一、技術上太困難。依照契約法舉證責任分配的原則，債務人雖然不負證明債務人有何可歸責事由（故意或過失）的責任，但是因為醫療契約的特殊性，債務人（醫師、醫事人員或醫療機構）是否一定有給付義務仍然有很多不同的見解和看法。尤其對於侵入性的醫療行為（例如手術或心導管檢查等），或是緊急醫療、急救等複雜的醫療行為，其爭議就更大。

二、債務人未依債之本旨而為給付的證明亦涉及高度複雜的醫療專業知識，證明難度不會低於「過失」和「因果關係」。士林地方法院民國80年度重訴字第48號判決中，病患因腰椎部脊髓腔室管膜瘤症於台北榮總接受手術後繼續接受鈷60放射治療，因放射治療的後遺症產生蜘蛛膜炎，因此導致兩側下肢麻痺，病患因而主張醫院應負債務不履行之損害賠償責任。士林地方法院認為「按民法上之債

務不履行係以『給付義務』、『歸責事由』及『未依債之本旨而為給付』為要件，債權人以債務不履行請求債務人給付損害賠償，固不須先行證明歸責事由之存在，惟對於債務人給付損害賠償之不良履行仍負舉證責任。」「本件原告主張被告債務不履行，雖據其提出之榮總診斷證明書及美國神經外科醫師、教授之意見書為憑，惟其內容並未否定照射鈷六十之必要，且查該美國神經外科教授及醫師之意見僅係個人見解，其證據力顯有不足，尚難據為被告履行債務有過失之認定」，「又經本院囑託台灣大學醫學院附設醫院鑑定結果...被告所做鈷六十照射70GY劑量之行為係為救治原告生命醫療上所必要，縱因而產生蜘蛛膜炎之後遺症，亦係根治療法之必然而不可避免之結果，尚難為醫療行為之不良履行，從而原告依債務不履行請求被告賠償其所受損害為無理由，應予駁回」。

醫療訴訟中，要證明「債務人給付義務之不良履行」必須證明兩項要件：

一、醫師在一般正常情況下所應該執行的醫療行為，

二、醫師實際上所施行的醫療行為並非其原來應執行的醫療行為。

要證明這兩點必須先對複雜的醫療過程的各個細節均有詳細認識始有可能，這中間涉及高度專業醫療知識，並非一般人所能具備。加上醫療契約性質上屬於「手段債務」，並非「結果債務」，不能僅以不良結果之發生就認為債務不履行，而必須就各個醫療行為的執行過程，分析檢討是否均符合各別應有之醫學上專業規範或準則（醫療常規），這種分析檢討須以豐富的專業醫學知識為基礎，難度和證明過失相近，無怪乎日本學者中亦有認為「病人依據契約不履行規定主張醫師有不完全給付者，仍應由病人就醫師有欠缺注意，以致有不完全給付之事實負舉證責任，與侵權行為應就被告之過失負舉證責任，並無不同」的見解[240]。我們認為這或許是我國醫療訴訟極少見到主張債務不履行，而且即使主張之也很難獲得勝訴的第一個主因，因為醫療債務的內容若非具備醫療專業知識將很難作具體

[240] 曾隆興，現代損害賠償法論五版，1985年6月再版，頁428。

完整的說明與論述。

妨礙我國醫療訴訟同時主張債務不履行損害賠償請求權的另一個原因是可得賠償的範圍太小的問題。日本實務上透過對於日本民法第415條「損害」的擴大解釋，承認債務不履行也可以請求精神上損害賠償，而我國並無類似判例見解，而且目前主張債務不履行並不能請求慰撫金[241]。如前述，日本的醫療訴訟要主張債務不履行的契約責任，和我國情形一樣，也面臨債務內容難以說明的困境，但是日本學說卻針對此困境，不斷的從醫療契約的債務內容中發展出新的理論，並提出各式各樣的學說，例如「真誠醫療的義務」、「提供最佳醫療的義務」、「醫師的鑽研義務」等，以具體事實描述醫師在醫療契約上應有的義務。其實這些義務性質上均屬附隨義務，並非醫療契約上的主要給付義務，違反時與患者之損害間未必具有因果關係，常不能因為這些附隨義務沒有實現，據以請求財產上損害賠償。但是正由於主要給付義務之難以說明，這些附隨義務乃逐漸受到重視，並配合得請求精神上撫慰賠償的規定，提供患者更寬廣的請求途徑，也因而引導訴訟實務傾向同時主張二項請求權。反觀我國則因無相類似規定，導致該債務不履行的請求權在處理醫療糾紛上幾乎沒人使用，學說理論以及相關的學術討論也不熱絡。

但是債務不履行損害賠償請求權的規定雖然因為前述之因素而未受重視，但並非一無是處。該請求權規定具有一項最大優點，就是消滅時效極長（十五年），不容易罹於時效。醫療糾紛事故如果病情複雜往往疑點甚多，常須經過多次醫療鑑定，病患方面若是先採刑事告訴，希望在起訴後再提起附帶民事訴訟時，常有可能稍一不小心就超過侵權行為損害賠償請求權的兩年時效，而失去權利[242]。這時候則可以用債務不履行損害賠償請求權作為訴訟標的以為補救，而不必顧慮時

[241] 葛立明，中井美雄，醫療過誤法，青林書院，一九九四年，頁186。
[242] 另眼新聞，第69期，112頁以下。

效問題。其實，這也是目前這項請求權在實務上會被運用的常見原因。不過，民法債篇中有關契約責任的賠償範圍已作修正，就人格權受侵害可以請求慰撫金（民法227-1條），但相關規定須自民國89年5月5日以後才有適用。因此，實際的影響尚有待觀察[243]。

有關醫療法與消費者保護法之修正與最高法院之見解。民國 93 年 4 月 28 日總統公布施行新修正之醫療法增訂醫療法第 82 條第 2 項，條文明定：「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」。加上媒體之報導[244]，最高法院認為醫療行為不適用消費者保護法。因此，醫師與醫療機構均表示贊同，認定從此醫療行為將不受消費者保護法之規範，並將之擴大解釋為醫療事故的責任並不屬於消費者保護法懲罰性賠償責任歸屬之主體。事實上，司法實務上之操作，果真如醫界所認定的這麼樂觀？所以醫

---

[243] 林至六律師，台灣法律網網站，債權行為與債務不履行，www.LawTw.com。

[244] 中國時報 2005 年 6 月 24 日，A7 話題，指出：最高法院認為，醫療行為不適用消保法。最高法院昨日判決○醫院醫療疏失致病人死亡損害賠償案，認定醫院與○姓外科醫師應連帶負侵權行為的損害賠償責任，給付病人家屬○元及遲延利息；不過，醫療行為不適用消費者保護法規定，病人家屬請求醫院與醫師負懲罰性賠償責任，於法無據，應予駁回。醫療行為是否適用消保法規定？一、二審曾有兩歧判決，醫界一度相當驚慌，傳出將採「防禦性醫療」以資自保，去年 4 月，醫療法修正，更明訂醫療行為損害病人時，以故意或過失，才須負損害賠償責任。儘管如此，「醫療行為是否適用於採無過失責任的消保法？」的醫療爭訟案還是未能平息，本案經最高法院判決適可平爭息訟。惟查，相關報導所援引之最高法院 94 年度台上字第 1156 號民事裁定，其內容應為：本件上訴人對於原判決提起第三審上訴，雖以該判決違背法令為由，惟核其上訴理由狀所載內容，係就原審取捨證據、認定事實及解釋契約之職權行使所論斷：查醫療行為並不適用於消費者保護法之規定，從而，上訴人依消費者保護法第 51 條規定，請求被上訴人給付上訴人新台幣○元本息，核屬無據，不應准許等情，指摘其為不當，並就原審命為辯論及已論斷者，泛言謂為違法，而非表明該判決所違背之法令及其具體內容，暨依訴訟資料合於該違背法令之具體事實，更未具體敘述為從事法之續造、確保裁判之一致性或其他所涉及之法律見解具有原則上重要性之理由，難認其已合法表明上訴理由。依首揭說明，應認其上訴為不合法。本件最高法院係認為上訴不合法而非無理由，最高法院並未表明其實際見解，媒體認為相關議題已經最高法院判決適可平爭息訟，其對於最高法院裁定之解讀，非無研議之餘地。

界不可忽略的事實為，當初行政院衛生署所提出之醫療法修正草案第 82 條第 3 項規定：「前項情形，不適用消費者保護法之規定。」在立法院中並沒有獲得通過[245]。本條項之未獲立法明訂，有兩種層面之意義：一是立法者有意遺漏，認為醫療法第 82 第二項之規定就已足以解釋將醫療行為排除在消費者保護法之適用範圍，因此第三項本就無庸贅文規定，二是存在著相反之見解，即立法者並不願意將醫療行為明文排除於消費者保護法之外，而希望仍然維持現行實務之運作模式，交由法院依據個案來認定[246]。

在傳統之觀念中，消費者保護法一向被定位於對於企業經營之「無過失責任」之規範。然而，因為在消費者保護法修正後之母法，甚至在修正之前之施行細則中，即已經納入「科技抗辯」（或是專業水平抗辯）之概念。因此，在醫療糾紛之民事訴訟上，原來規定於消費者保護法施行細則中「商品或服務已符合當時科技或專業水準即不會被視為商品於其流通進入市場，或服務於其提供時，未具通常可合理期待之安全性者，而構成舊法第 7 條第 1 項所稱安全或衛生之危險」之概念，往往被司法實務引用，亦即在實務上，醫療機構幾乎不曾被課以無過失

---

[245] 在此本次修法之前，參酌消保法於 92 年 1 月 22 日修正前，經立法院院會討論消保法第 7 條修正條文時，原有立法委員主張於該條第一項增列後段「但危險係醫療行為內含之風險者，不在此限。」，即希望將醫療行為排除於消保法之外，但經一連串討論後，仍採納行政院提案條文通過 (即現行條文) 等情可知，目前消保法並未將醫療服務排除在外。

[246] 行政院消費者保護委員會 91 年 3 月 28 日消保法字第 0910000331 號函說明二所示略以：「有關質詢『醫療機構有無商品製造人責任適用……』乙案，本會敬答復如下：現行消費者保護中並無將醫療機構所提供之服務排除於消保法之適用，故醫療機構所提供之服務，仍有消保法應確保無安全或衛生之危險等規定之適用……」，足徵實務上就醫療行為是否受消費者保護法之規範，仍然是莫衷一是。

責任[247]。當消費者保護法於 92 年 1 月 22 日新修正時，第 7 條第 1 項已經明定：服務提供時，應確保符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性。同時，同法第 7 條之 1 亦明定，就服務符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性者，企業經營者就其主張事實應負舉證責任。因此，我們認為，消費者保護法之修正重點已經朝舉證責任轉換之情形進行，重點在於舉證責任之轉換[248]。因此，對於新修正之醫療法第 82 條之概念，醫界若將之片面解讀為立法機關有意將醫療服務行為排除適用於消費者保護法之適用，我們認為仍有值得再行討論之的空間。因此，有學者認為，醫界費了好大功夫爭取來的新醫療法第 82 條第 2 項增訂條文，只是重申向來民事侵權行為的歸責原則，並無賦予特別之意義，其涵蓋的範圍並不及於排除消費者保護法的適用[249]。

消費者保護法於民國 92 年修正後，已明顯偏向舉證責任倒置之推定過失責任類型，而非單純無過失責任（參見修法後之消費者保護法第 7 條、第 7 條之 1)。因此，在新修正之醫療法第 82 條第二項，雖然明文排除無過失責任，但並不能當然排除醫療行為於消費者保護法之適用，何況，原修正條文明文將醫療行

---

[247] 所謂「安全或衛生上之危險」，係指服務於提供時，未具通常可合理期待之安全性，且未符合當時科技或專業水準者而言。而是否具備通常可合理期待之安全性，則應以提供服務當時之科技及專業水準，以及符合社會一般消費者所認知之期待為整體衡量，參照最高法院 90 年度台上字第 709 號判決意旨。又解析法院之判決，縱認為醫療行為適用消保法規範之判決，幾乎均認定醫療機構或者診所之負責醫師對係爭事實有過失，具有可歸責性，而無真正的無過失責任案例。

[248] 對於被害人之損害賠償，通常考量損失之適當分配責任應該由就意外之成本與意外避免之成本為一成本與利益分析，由其最能分散危險之人負擔。參見 Fleming James, Accident Liability Reconsidered: The Impact of Liability Insurance, 57Yale Law Journal 549 (1948); 24Cal. 2d 453, 150 P.2d 436 (1944); cheapest cost avoider test, see Calabresi & HirSchoff, Toward a Test for Strict Liability in Torts, 81 Yale Law Journal 1055, 1060 (1970), p.1073.

[249] 林欣柔、楊秀儀，告別馬偕肩難產事件？新醫療法第八十二條第二項評析，月旦法學雜誌，第 112 期，2004 年 9 月，頁 26。

為排除適用消費者保護法之條文並未獲通過[250]。因此縱然認為醫療行為不適用消費者保護法「無過失責任」之論點可以採用，但在醫療糾紛訴訟中，是否所有醫療行為（即故意或過失之醫療錯誤行為）均不適用於消費者保護法之規定，仍未有定論。其實，在司法實務上對於醫療行為是否適用消費者保護法雖各有其見解，但是並沒有相關判決認定醫療行為適用「無過失責任」，而是認為有過失之醫療行為，對於企業經營者（醫療機構包括醫院或是診所）而言，有懲罰性賠償金之適用。如此一來，形成了有趣的議題：醫療行為固然不適用無過失責任，但是若醫療行為有過失，甚至是故意之醫療犯罪，是否仍可以解釋為不適用消費者保護法之規定？從法律實務上而言，病患 (被害人) 提起民事訴訟，主張消費者保護法上之請求權 (消保法第 51 條)，往往只是為了請求「懲罰性賠償金」，因此，綜合醫療法第 82 條，消費者保護法第 7 條、第 7 條之 1、第 51 條之規定，對於因醫療機構包括醫院或是診所負責醫師或醫療院所因故意或過失（並非無過失之情形）所造成之醫療傷害，是否仍固守不得請求懲罰性賠償金之論點，並非無研求之餘地。現行司法實務上，法院之判決往往擺盪在醫療行為是否適用消費者保護法之爭議上，造成了立法者雖已經立法，卻任由執法者藉由自由心證的說詞，任意適用解釋法律，而造成法律適用之高度不確定性[251]。因此最終之判決結果，往往造成不論是醫、病之任一方均對判決不滿，加深當事人對司法的不信賴，實在令人遺憾。

就醫療行為而言，依據法律之規定以及綜合學理之討論，醫療行為並不適用於完全之無過失責任。亦即，符合客觀專業水平之醫療行為，乃是屬於所謂「容許性風險」之範疇，應可以不必接受法律上違法或不當之評價[252]。至於有過失或

---

[250] 林欣柔、楊秀儀，同前註文249。

[251] 參見臺灣高等法院 91 年度上字第 215 號判決與臺灣高等法院 92 年度上字第 596 號判決，即為截然不同之認定。

[252] Dieter Giesen, International Medical Malpractice, 1988, p.91。

故意之醫療錯誤疏失行為，我們認為應可適用消費者保護法「懲罰性賠償金」之規定。如此，將消費者保護法上之科技或專業水準抗辯，當成舉證責任之轉換或病患舉證責任減輕或減少的規定，不但可以避免法官裁量之不確定性，就醫療實務運作上，一個具客觀專業水準的醫療行為，在容許之風險下，醫師（或醫療機構）並不需要負損害賠償責任，但對於醫師之故意犯罪醫療行為或重大過失之醫療行為，則適用消費者保護法懲罰性賠償之規定，應較符合立法意旨，也較符合公平正義，相信醫界亦無反彈之必要[253]。因此，對於本次醫療法之修正，與其強將之解釋為醫療行為不適用消費者保護法，倒不如說僅是重申了醫療行為回歸民事客觀之歸責體系。因此依照社會變遷與人民法意識之改變，若肯認為醫療行為應該不適用消費者保護法一旦成為共識，則重新修法，加以明文規定醫療行為排除適用消費者保護法，才是杜絕爭議惟一可行之途徑。

醫療糾紛採過失責任理論，顯然較符合我國民事法上一貫歸責之體系。因此，新醫療法之修正，在第 82 條中僅係重申民事歸責之一向原則及故意與過失乃民事歸責之基本要件。但對於醫界一向矚目的「醫療行為是否適用消費者保護法」的話題，我們認為並未從此劃下句點，爭議仍將持續進行。重要的關鍵在於立法之過程，醫療法第 82 條第三項草案所列： 醫療行為不適用消費者保護法之規定，最後並未獲立法院會通過。顯然當初在立法時，在各方面之角力與辯論之下，醫療行為不適用消費者保護法這個論點，並不能得到大多數立法委員的共鳴，這是醫界必須體認與不能迴避的事實。在司法實務上，病患提起醫療民事訴訟時，主張企業經營者（醫院或診所)必須負懲罰性賠償金之責任，其主要目的無非是想要請求額外懲罰性賠償之金額[254]。因此，常常發生誤會者，許多受僱醫師對於

---

[253] 對於不符合醫學常規且具重大醫療過失之醫療行為有懲罰性賠償之機制，對於鞭策醫療經營者改善其經營方向亦具有正面之意義。

[254] 消費者保護法第 51 條：「依本法所提之訴訟，因企業經營者之故意所致之損害，消費者得請求損害額三倍以下之懲罰性賠償金；但因過失所致之損害，得請求損害額一倍以下之懲罰性賠償金。」本法於民國 104 年 6 月 17 日修正。

消費者保護法之被請求主體係為企業經營者（即診所或是醫院）一事，而非受僱醫師本身之概念並不十分清楚，以為只要是醫師，均會被依據消費者保護法請求懲罰性賠償，此一錯誤之見解，必須先予以釐清。

在消費者保護法修正之後，從法律文字上的解釋，很難將之解釋為消費者保護法課予醫療院所之經營者無過失責任[255]。因為被訴之醫療院所可以提出科技抗辯，以及客觀專業醫療水準之抗辯。消費者保護法修正後之規定，只是法院對於病患舉證責任減輕，或將舉證責任轉換到醫療機構，並無課予醫療機構無過失責任之意涵。因此，縱使認為醫療行為不適用消費者保護法之「無過失責任」可採，但是消費者保護法第 51 條本來就明確指出，懲罰性賠償金之適用乃是以故意或過失為原則[256]。因此，若經過法院嚴謹之審理過程，法院若仍認為醫療院所之醫療錯誤行為有故意或過失，此時，病患是否仍然不能依消費者保護法之規定請求懲罰性賠償金，即消費者保護法之懲罰性賠償責任是否不適用於醫療行為之有過失責任，應該有很大的討論空間。醫療行為是否適用消費者保護法的問題困擾醫

---

[255] 按從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者應確保其提供之商品或服務無安全或衛生上之危險。亦即應確保該商品於其流通進入市場，或服務於其提供時，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性，此觀修正前消保法第 7 條第一項，修正前消保法施行細則第 5 條第一項規定甚明 (並參見修正後消保法第 7 條第一項規定及其修正說明)。而企業經營者，主張其商品流通進入市場，或其服務於提供時，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性，就其主張之事實，負舉證責任，亦為修正前消保法施行細則第 6 條所明定 (並參見修正後消保法第 7 條之一規定及其增訂說明)。又消保法第 7 條第三項規定，企業經營者違反前二項規定，致生損害於消費者或第三人時，應負連帶賠償責任。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。同法第 9 條規定，輸入商品或服務之企業經營者，視為該商品之設計、生產、製造或服務之提供者，負本法第 7 條之製造者責任。參見最高法院93年度台上字第 1379 號判決意旨。

[256] 依本法所提之訴訟，因企業經營者之故意所致之損害，消費者得請求損害額三倍以下之懲罰性賠償金；但因過失所致之損害，得請求損害額一倍以下之懲罰性賠償金。註文 253, 254, 256 是舊法。依新修正法，因企業經營者之故意所致之損害，消費者得請求損害額五倍以下之懲罰性賠償金；但因重大過失所致之損害，得請求三倍以下之懲罰性賠償金，因過失所致之損害，得請求損害額一倍以下之懲罰性賠償金。

界良久，肯定與否定之見解都有[257]。然而醫療行為是否適用消費者保護法之見解，在不同法院，甚至相同法院不同法官之間存在不同的差異，造成相同的系爭訴訟事實，對於法律規定之適用與否，乃是不確定的，沒有可預測性，顯然不符合法治國家之基本精神以及法律的安定性[258]。因此本文建議司法院應先召集相關團體舉行座談會達成統一性的解釋，以維護司法之公信力。

司法院之座談會曾經有決議，認為醫療行為並未被完全排除消費者保護法適用之外。但依據現行法院之運作，顯然各級法院並未遵循此一決議，顯示出該項決議之內容仍非各級法院的共識[259]。對於此一問題（故意或過失之不當或違

---

[257] 採肯定見解者：90 年度台上字第 709 號，臺灣高等法院 92 年度上字第 596 號，臺灣澎湖地方法院 90 年度重訴字第 4 號，臺灣板橋地方法院 91 年度重訴字第 285 號。採否定見解者臺灣高等法院 91 年度上字第 215 號、臺灣新竹地方法院 88 年度訴字第 836 號。

[258] 許政賢，臺灣消費者保護法的創新與挑戰－二十週年的反思，月旦民商法雜誌，第 45 期，2014 年 9 月，頁 38–55; 許政賢，消費訴訟的表見證明，台灣法學雜誌，第 191 期，2012 年 1 月，頁 187–191。

[259] 法律問題：

一、醫療服務是否屬於消費者保護法之規範對象？

二、提供醫療服務之企業者主張發展上危險 (消費者保護法施行細則第 5 條參照) 時，認定科技或專業水準」之標準為何？

討論意見：

一、甲、肯定說：消保法並無排除規定。

乙、否定說：若採肯定說，將妨礙醫學進步，並與醫療服務所具有不可預知之危險之本質不符。

二、甲、國際上最新之科技或專業水準。

乙、國內之科技或專業水準。

甲、在客觀上存在之科技或專業水準。

乙、一般得以使用之科技或專業水準。

研討結論：

問題一，採甲說。

問題二，採乙說，即國內一般得以使用之科技或專業水準。

參見民國 86 年 4 月，司法院民事法律專題研究 (十四)，頁 299–300。

法醫療行為是否適用消費者保護法)，在尚無最高法院相關判例可資遵循之前，建議司法院或最高法院應再次召開法律座談會（前次之決議係在民國 86 年，但是醫療法已於民國 93 年間修正，就本問題宜依據新修法之精神審慎研究)，就醫療行為是否適用消費者保護法之爭議，以及適用之主體性範疇，做一次完整而稹密的研討，並做出統一之見解。若決議結果，認定醫療行為應適用消費者保護法，此時，認為醫療行為不適用消費者保護法之一方，便應該將其心力放在修法上。若決議之結果，認定醫療行為不適用消費者保護法，則應該給醫界或司法實務界一個明確的見解，讓將來系爭官司之爭點，能夠轉為醫療行為過失與否之攻防，與損害結果與醫療行為究竟有無因果關係之論辯，而不再就此一議題爭吵不休。不然，像現在實務之運作方式，只要是擔任原告（病患）之訴訟代理人之一方，就主張醫療行為應適用消費者保護法，一旦轉換角色成為被告（醫師或醫療機構）之訴訟代理人，就主張醫療行為不適用消費者保護法，使訴訟代理人因角色之不同，所持之法律見解即迥然不同，只為因應法院存在有不同之認定標準。法院見解之歧異，造成整個訴訟過程充滿僥倖性，對司法之公信力傷害甚大，關於此點，建議法院宜統一見解，而將醫療糾紛訴訟之重點置於醫療行為是否有過失，以及相當因果關係之探討，才能解決此一紛爭。

根據以上的說明，本文案例中的當事人在本案例中當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙很明顯沒有故意犯罪醫療行為或重大過失之醫療行為，所以應該不適用消費者保護法，可是病人死亡是嚴重而且無法回復的不幸，或許依照債務不履行對醫院提出無過失賠償是依可以考慮的方式。

其他關於醫療行為是否有消費者保護法適用問題，說明如下： 依消費者保護法（以下簡稱本法）第一條第二項規定：「有關消費者之保護，依本法之規定，本法未規定者，適用其他法律。」故本法具有消費者保護基本法之性質，有關消費者保護之問題，在本法沒有規定時，應補充適用其他相關法令予以解決，先予陳明。 其次，依本法第六條規定：「本法所稱之主管機關：在中央為目的事業

主管機關；省（市）為省（市）政府；縣（市）為縣（市）政府。」因保護消費者的法規及業務，涵蓋層面非常廣泛，無法由某一機關單獨辦理，故本法上開規定即係依保護事項之性質，分由不同之目的事業主管機關辦理，有關醫療之消費者保護事宜，應屬行政院衛生福利部主政。至本會為研擬並審議消費者保護基本政策與監督其實施之機關，並非本法所稱之主管機關，惟依法可以監督消費者保護主管機關[260]。

本法（消費者保護法)係以消費關係為其規範範圍，說明如下：

一、消費者保護法係以消費關係為其規範範圍，只要具有消費關係存在，均應適用本法。而所謂「消費關係」，依本法第二條第三款規定，係指消費者與企業經營者間就商品或服務所發生之法律關係而言。

二、所謂「企業經營者」，依本法第二條第二款規定，係指以設計、生產、製造商品或提供服務者為營業者而言。

三、至於「服務」之意義及範圍，本法未設明文規定，宜由學說及法院實務依社會經濟發展及保護消費者之需要決定之。企業經營者之定義，已如前述，則醫師是否為本法所稱之企業經營者，應區分受僱及自行執業之情形而為認定：

(一) 企業經營者為營業者，並不包括其所屬內部員工在內，故受僱之醫師非本法所稱之企業經營者。

(二) 依消保法施行細則第二條規定，所稱營業不以營利為限，準此而言，非營利之營業者仍為本法所稱之企業經營者，因此自行執業之醫師不得以其非商業法規或稅捐法規上所稱之營利事業者，即謂其不負本法所定企業經營者之責任。 醫療服務行為，固具有特殊性與高度之專業性，然其與國民生活衛生健康安全攸關，本法係屬消費者保護基本法之性質，為貫徹本法保障消費者權益，促進國民消費

[260] 行政院消費者保護委員會函，中華民國八十七年七月一日；台八十七消保法字第〇〇七五二號，受文者：張〇〇君，台端八十七年六月十日來函敬悉。

生活安全，提昇國民消費生活品質之立法目的，應認為醫療服務行為仍屬於「服務」之一種，醫師對消費者所提供之醫療服務為消費關係，而有本法之適用，不宜專就醫療行為作特別規定而排除之，且外國立法例亦未將醫療行為自服務中予以排除。另外，臺灣臺北地方法院八十五年度訴字第五一二五號民事判決亦採相同之見解，認為醫療服務行為為本法規範之對象，而有本法之適用，惟各件醫療糾紛如何適用消費者保護法規範，仍應由法院依個案具體認定之。

(三) 消費者保護法所稱之消費者，其所交易或使用之商品或服務，應與國民消費生活安全、消費生活品質有關[261]。

台大法學士羅浚喧醫師指出醫療糾紛是否適用消費者保護法第七條之無過失責任，長期以來一直為醫界、法界所爭議；實務上，行政院衛生署曾發表過「本署主管業務是否納入消費者保護法之範疇及理由」，明示醫療行為非屬消費者保護法第二條第一款所稱以消費為目的之服務行為[262]。而在民國86年4月司法院民事法律專題研究中，則肯認醫療行為應適用消保法之規定，惟以「科技或專業水準」之標準認定，限縮無過失責任之規範範圍[263]。醫界、法界對於上開法律適用之爭議，於「馬偕醫院肩難產案」中，引起重大之關注。台灣高等法院91年上字第215號判決理由表示，醫院並無法將醫療的風險及危險轉嫁於醫療費用中，此與消費者保護法中所規範之產品責任有異，若醫界因此而採取「防禦性醫療」，最終不能落實消費者保護法之立法目的。就醫療行為的本質觀之，行政院衛生署65年4月6日衛署醫字107880號函釋，早已明確表示「醫療行為」係以「治療為目的」，本質上與「消費為目的」之營利性服務迥異；再者「診察、診斷、治療、

---

[261] 法規名稱：消費者保護法 (民國 94年02月05日修正，民國104年6月17日修正) 。

[262] 黃立，消費者保護法對醫療行為的適用，律師雜誌，第 217 期，1997 年 10 月，頁 74; 許政賢，註 258 文。

[263] 司法院，民事法律專題研究(十四)，1997 年 4 月，頁 299–300。

處方或用藥」在行為態樣上確難等同於消保法第二條第二款所稱之「設計、生產、製造、輸入或經銷」[264]。民國93年4月，醫療法新增訂第82條第2項，明定：「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」多數學者認為新醫療法係採過失責任主義，藉以澄清有無適用消費者保護法之爭議，顯然有意排除消費者保護法之適用[265]。由以上說明，關於醫療行為「歸責原則」之法律適用，醫療法第82條第2項應優先於消費者保護法第7條之適用[266]。

醫療糾紛是否適用消費者保護法之無過失責任，可從立法的目的切入探討，且較能符合國家、醫療機構、社會大眾之整體利益。醫療法第 1 條規定：「為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。本法未規定者，適用其他法律規定」。就「保障病人權益」之事項，醫療法應屬專門、特別之立法，優先適用於醫療行為。「保障病人權益」與消費者保護法立法目的中所稱之「保護消費者」兩相比較，前者明確且特定，後者較為概括與模糊，醫療糾紛之適用法律，顯應該以醫療法第 82 條第 2 項為優先較為妥適。醫療行為的危險與複雜，多數是因為疾病本身的病程發展、身體器官的個別特異反應、醫療行為的正當與必須執行所共同造成；此與消費行為危險的發生態樣明顯有別。再者，醫師醫療行為的執行並非基於單方利益之獲取，因之所謂危險分配不公平的論述，在醫療行為中未必適用。醫療行為有

---

[264] 李聖隆，醫療衛生事務與消費者保護法的關係，律師通訊，第 175 期，1994 年 4 月，頁 17–18。

[265] 詹森林，修正後的醫療法與民眾權益，行政院衛生署醫事處、財團法人中華民國消費者文教基金會聯合主辦醫療糾紛研討會，2004 年 8 月 31 日，頁 5。

[266] 陳聰富，醫療法：第五講–醫療侵權之歸責原則(上)，月旦法學教室，第 75 期，2009 年 1 月，頁 91。

其專業性、創造性、危險性、難以預測性、複雜性，若一味執意採用消費者保護法無過失責任的見解，恐怕造成消極性與積極性「防禦性醫療」之發生[267]。

法院實務判決之見解，在醫療法 93 年修訂後，已逐步形成共識，認為：「醫療行為若適用消費者保護法無過失責任制度，反而不能達成消保法之立法目的，應以目的性限縮解釋之方式，將醫療行為排除於消費者保護法之適用範圍」，明確指出醫療糾紛應該不適用消費者保護法之無過失責任[268]。

根據羅浚喧醫師以上的說明，本文案例中的當事人專科護理師乙和主治醫師甲和丙很明顯沒有故意犯罪醫療行為或重大過失之醫療行為，所以應該不適用消費者保護法無過失責任制度。而且醫療行為如果適用消費者保護法無過失責任制度，本文案例中的病人 A 有可能會被建議盡速轉院治療，「防禦性醫療」之發生難以避免，醫病之間彼此猜忌， 實非病人之福。

---

[267] 林欣柔、楊秀儀，同前註文 249，頁 25。

[268] 最高法院 93 年度台上字第 1486 號判決、最高法院 93 年度台上字第 2302 號判決、最高法院 95 年度台上字第 2178 號判決、最高法院 96 年度台上字第 450 號判決、最高法院 96 年度台上字第 323 號判決、最高法院 96 年度台上字第 2738 號判決、最高法院 97 年度台上字第 741 號判決; 許政賢，註 258 文。

第四節 專科護理師法修法後衛生局及醫療機構之因應準備

近來為了解決醫師納入勞動基準法的「人力缺口」，衛生福利部研議修改醫療法第58條條文，使「醫師助理」合法化。誰能夠成為臨床助理呢？最近的衛生福利部醫事司公開聲明當中，首次完整的披露，新的立法院會期開議，很有可能在這個會期，修法提案就會送入立法院，同時附帶提出相應的行政規則。為了幫助大家更好理解何謂「臨床助理」，以及思考可能附帶造成的影響，以下我們摘要重要團體或個人的正、反方的發言。

護理師公會全聯會、專科護理師學會等護理專業團體共同聲明一致反對設置「醫師助理」[269]。但是台北馬偕醫院施壽全院長建議設置醫師助理師確保醫療品質與病人安全[270]。衛生福利部醫事司公開聲明，衛生福利部審慎規劃臨床助理制度，呼籲各界提供建言切勿以訛傳訛，造成大眾困擾[271]。

自本世紀起，執行醫療行為對醫師及醫事人員最大的變革，當非「過去唯醫師馬首是瞻，如今以病人為中心」莫屬。所謂「以病人為中心」，包含有兩大要件:

一、為診治有相對正向而令人滿意或可接受的結果，稱為「醫療品質」。

二、是處置應盡量避免對病人造成傷害，就是「病人安全」。醫療機構必須環境、設備、流程及人力都能達相當水準，才能確保醫療品質與病人安全。

全民健保開辦20多年，在醫療品質與病人安全維護上有傑出表現，所以普遍受到一般民眾的肯定。不過，如此榮景已面臨嚴酷考驗，關鍵因素之一是，持續甚久的內、外、婦、兒與急診「五大皆空」的窘境，始終未見明顯改善。住院醫師不願意投入工作時間長，醫療糾紛多，而且收入也相對也不高，因此出現嚴重

---

[269] http://www.tnpa.org.tw/news/newsdetail.asp?doc-id=1836。

[270] http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20160901/37367256/ 設置醫師助理師確保醫品病安（施壽全）。

[271] http://www.mohw.gov.tw/news/572356517。

的缺口。「五大」固然是指內外婦兒與急診等專科，「皆空」的實質意義，則為處理急重症以及複雜手術的醫師團隊出現嚴重人力缺口。台灣體制中，醫師團隊包括主治醫師、住院醫師與實習醫學生；此種模式，目前除國家級或超大型醫學中心勉可維持外，其他醫院因後繼無人；沒有新的住院醫師願意加入，他們的工作，少部分由主治醫師擔起，大部分就可能落在「專科護理師」身上。

台灣的專科護理師師常被人比擬成美國的nurse practitioner (專科護理師，NP)與registered nurse (註冊護士，RN)的對照，其實工作內容並不相同，美國專科護理師在一定範圍內可以獨立執業、可開處方。台灣專科護理師是由具臨床經驗的護理師經半年訓練，通過考試而取得，是國家認證的專業人員，只是工作內容仍與住院醫師有頗大差距而無法完全取代。實務上許多醫院早就把專科護理師視同住院醫師運用，雖形式上有主治醫師指導與監督，但具體有否踩到規範以及法規的紅線則不無疑義。

英、美、加等國，都有physician assistant（醫師助理，PA）職稱，由具學士學位者經過兩年臨床訓練，通過考試後取得證照進入職場，可以改善醫師不足時醫院運作上的困難[272]。但此制度因為入門資格寬鬆，在台灣比較難被醫界認同，如要引進國內，須考慮將其起始學歷限縮於生物科技相關的科系，包括如護理、復健、藥學、醫技等。鬆綁規範可以避免專科護理師因有臨床經驗，加上適當訓練，若已相當程度足以成為替代醫師人力，就不應在規範上綁手綁腳。而醫師助理參考其他國家的經驗，實在可能有設置的必要，只是因為臨床訓練期程較久，主管機關有必要及早規劃整個訓練計畫，盡快落實。任何制度都可能因人為操弄與設計規劃不當而出現弊害，但也不能因錯誤解讀為「密醫」而放棄；將醫護以

[272]「九大地區」意指香港、新加坡、日本、美國、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭及歐洲等醫療先進地區，先前引發爭議的波蘭、匈牙利等國醫學生，亦包括在此內; 衛福部新聞稿：「另為杜絕過往萬年實習醫師之現象，亦擬修正醫師法28條，限制醫學系畢業生持續從事實習以3年為限...」詳請參考 http://www.mohw.gov.tw/news/572356517。

外的醫事人員，排除成為醫師助理候選者的意見，也完全是醫療本位主義作祟。完整的醫療團隊，是確保醫品和病安的關鍵，面對住院醫師不足的困局，我們不能坐以待斃，專師與醫師助理雙軌或予以整合，不失為解決問題的良策。醫療法58條規定「不得置臨床助理」，讓有意推動醫師助理制度的主管單位備受挫折與批評。一般而言PA，直譯為「醫師助理」，於法並無牴觸，但因其經過訓練與考核領有國家認證，敬稱為「醫師助理師」，應更加妥當。

衛生福利部審慎規劃臨床醫師助理制度，呼籲各界提供建言切勿以訛傳訛，惡意攻擊，為了改善醫師的勞動權益、確保醫療品質與病人安全，衛生福利部規劃於民國108年9月將全體受僱醫師納入勞動基準法，另為了因應醫師納入勞動基準法後可能產生之醫師人力缺口與醫療服務品質的衝擊，衛生福利部積極規劃各項配套措施，包括：增加公費醫師人數投入五大科、充實偏鄉偏遠地區醫療、發展醫院整合醫學專科醫師 (Hospitalist)制度、擴增醫療輔助相關人力、落實分級醫療與轉診等，醫師臨床助理制度亦為重要人力配套措施之一，惟相關實施細節仍尚在評估規劃階段，針對目前若干於網路社群媒體流傳之醫師臨床助理方案，均非事實，衛生福利部呼籲各界共同參與提供建言，切勿輕信不實資訊或任意篡改散播，誤導政策之形成或大眾認知[273]。

衛生福利部表示，醫師臨床助理制度於國外已推行多年，雖與專科護理師之業務有部份重疊之處，然兩者均扮演臨床上重要的照護角色，彼此相輔相成，少有衝突。以美國為例，西元2012年登記執業之醫師臨床助理約8萬6千多人，專科護理師則約11萬人。我國之醫療體系與醫事人員養成雖與外國不盡相同，但相較OECD各國，我國醫師人數相對較少、工作時間過長、有些有過勞之傷害，爰為改善此現象，衛生福利部積極推動醫師納入勞動基準法給予適當保障，然為避免

[273] 醫療法第58條原文：「醫療機構不得置臨床助理執行醫療業務。」
http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?Pcode=L0020021&FLNO=58
2016年09月01日蘋果日報;
http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20160901/37367256/。

因醫師工時下降影響民眾就醫的權益與可近性，乃積極規劃充實醫療輔助人力，以減輕醫師工作負荷、提升醫療照護效率與品質，而專科護理師與醫師臨床助理均規劃為發展重點，現階段正研議修正醫療法58條允許醫院得置醫師臨床助理，符合醫師法之規範，國內公私立大學、獨立學院或教育部採認之國外（不包括中國大陸)公私立大學、獨立學院醫學系、牙醫學系、中醫學系畢業領有畢業證書得應醫師考試資格者，經主管機關甄試合格取得醫師臨床助理資格，並於醫院辦理執業登記，於醫師指導下執行輔助醫療業務。另為杜絕過往有萬年實習醫師(一直考不上醫師執照)之現象，亦擬修正醫師法28條，限制醫學系畢業生持續在教學醫院從事實習以3年為限，以提升醫療照護品質確保病人安全。此外，對於已具專科護理師資格並有兩年以上專科護理臨床經驗者，亦得經申請取得醫師臨床助理資格，並依其意願選擇其中一種辦理執業登記，分別依據醫療法或護理人員法規定從事醫師臨床助理業務或專科護理師業務[274]。

衛生福利部重申，前揭醫師臨床助理制度尚於研議階段，將持續與醫療機構、醫師及護理團體討論溝通，亦歡迎各界提供寶貴建言，惟對於散播不實傳言，甚至惡意捏造政府法規之行為，表示譴責，希望秉持誠信、透明、溝通之原則，打造健全之醫療照護體系，保障民眾與醫療從業人員之健康，避免過勞[275]。

有關醫師臨床助理制度，民國108年9月1日起，政府計劃將全體受僱醫師納入勞動基準法。除了少數醫界的大老有「異見」之外，幾乎是全體醫界同仁的共識。但在勞動基準法對受僱醫師工時尚未明確的規定前（是否納入84-1條），醫師真正人力缺口到底如何仍很難評估與預測。勞動基準法規範了醫師明確的工時的確會造成醫師人力的不足，但勞動基準法可以改善醫師的工作環境，必會吸引

---

[274] http://www.mohw.gov.tw/news/572356517。

[275] 衛生福利部首頁＞焦點新聞＞ 105年衛生福利部新聞＞9月新聞資料來源，醫事司，20160908。

部分醫師回流至醫學中心或區域醫院。目前政府已體察到台灣醫療的困境，若能落實全民健保法43條分級醫療與轉診的政策，醫院的部分業務勢將縮減而轉移至基層醫療，如此亦將降低勞動基準法對醫學中心或區域醫院人力不足之衝擊。楊宜璋醫師指出在醫師人力缺口未明之際，衛生福利部日前冒然推行醫師助理制度是否明智，已引起很大的爭議。醫師助理制度產生另一種新的醫療從業人員，短期似乎可對醫學中心或區域醫院人力缺口救急，但長期以後是否會對台灣醫療生態產生結構性質的變化，是好是壞仍需大家深思熟慮。護理人員長期以來就是醫師的好夥伴，與醫師合作無間為廣大人民健康做出可敬的奉獻。專科護理師在醫院無論是在門診、開刀房或病房更是配合甚至分擔了許多原是住院醫師的工作。所以目前較務實的作法應是重新檢視「專科護理師分科及甄審辦法」，以及「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，增加專科護理師人力供給，提升專科護理師的專業能力，辦理進階制度以及在不違反現行「醫師法」及「醫療法」的規定下，儘量擴大專科護理師可以執行輔助醫療業務的範圍，相信更能符合醫學中心或區域醫院人力現況需求，以避免大多數醫療同仁對醫師臨床助理制度諸多質疑。期待全聯會邱理事長即諸多醫界前輩能審慎評估此重大醫療政策，為醫院及基層醫療創造雙贏的局面[276]。

---

[276] 楊宜璋醫師，(台灣耳鼻喉科醫學會常務理事、高雄市醫師公會理事)，中華民國醫師公會全國聯合會第 11 屆第 1次醫療政策委員會議，105年9月12日。

國立政治大學 National Chengchi University

第五章 台灣專科護理師法規未來修正的方向與提升專科護理師服務品質

第一節 明訂專科護理師執業範圍以符合法律明確性原則

台灣專科護理師學會理事長蔡秀鸞教授曾分享案例[277]:

一、臨床病人照護案例情境描述: 李先生78歲，患有缺血性心臟病 (ischemic heart disease)及支氣管氣喘 (bronchial asthma)，一年前因為腰椎手術後長期臥床，這次因呼吸困難和胸痛入院，並經診斷為吸入性肺炎入院3天後，又因為呼吸困難加劇、嗜睡，因此轉入加護病房治療，當時血壓為80/44mmHg，體溫38.3℃，脈博124/min，呼吸42/min，專科護理師通知正在看門診的主治醫師，主治醫師決定氣管插管並使用呼吸器及放置中心靜脈導管 (CVP)，並且與家屬解釋後獲得家屬同意由護理人員協助簽署同意書，主治醫師請專科護理師代為執行侵入性治療。專科護理師雖經過簡單的訓練該治療行為，但未經醫院簽署執行該醫療行為認可之文件，護理部和醫療部並未正式規範，專科護理師陷入兩難情境，但因病人病情危急，在主治醫師不在現場之情況下，專科護理師執行氣管內插管及中心靜脈導管置入，治療後幸運的病人病情逐漸回穩。

二、針對上述案例，指出問題:

(一)專科護理師執行醫療行為之法規依據與規範不足?

(二)醫療輔助行為的定義模糊: 在主治醫師的監督之下，經特殊專業醫療培訓合格，且經機構內的專科護理師培育計畫暨執業規範委員會/小組認定。

何謂監督之下? 現場或遙控 (口頭醫囑)?專科護理師管理委員會對於輔助項目依各醫院的需求訂定不同項目，對高度侵入性的醫療技術或處置雖明知不可為，但為了醫院及病人的需要，睜一隻眼閉一隻眼只要不出事，大家都沒事，使

---

[277] 蔡秀鸞，同註1，2文。

得專科護理師遊走在法律邊緣，非常有可能違法，甚至判刑，沒有專科護理師會主動要求去執行違法的事。

(三)對於侵入性的技術或處置的訓練並沒有標準，有些專科護理師常由主治醫師或住院醫師代為訓練的，通常只要訓練2、3次認為可以了就放手，但是病人的安全呢? 誰來把關?

(四)專科護理師有關輔助醫療行為執業範圍項目的規範?

(五)醫院專科護理師專責委員會運作的議題有哪些?

三、根據以上說明因此建議:

(一)修改專科護理師施行細則，加入醫療輔助行為的界定與規範。

(二)強化醫院專科護理師專責委員會之功能，有關個人合約、執業項目與內涵、授權項目及進階制度。

(三)專科護理師執業內容併入護理人員法施行細則之中來詳細說明。

(四)修正護理人員法第24條，加入「醫療輔助行為由主管機關明訂之」的規定。

(五)訂定專科護理師法。

(六)持續提升專科護理師執業的品質。

有關醫界的建議: 依照專科護理師過去發展經驗及社會需求有以下的問題:

一、目前專科護理師的角色定位，包括了執行醫療輔助行為，進行臨床護理工作、專業諮詢及衛生教育，然而對於專科護理師是否能獨立執行醫療輔助行為，以及照護責任歸屬問題，目前的法律仍未有明確界定。

二、我國專科護理師的培育與認證，過去並無統一的標準直到民國95年國家衛生研究院開始辦理專科護理師培育規範，民國96年成立專科護理師學會進行認證，始有較明確的規範。

三、我國的專科護理師制度主要是參照美國的nurse practitioner (NP)。然而即便是在美國，各州工作性質也並未一致，在某些州專科護理師可以獨立開立處方或執行初級醫療作業，但在某些州專科護理師仍必須在醫師監督下執行工作。根據

現行法規，我國專科護理師需在醫師監督下執行輔助醫療工作，不具獨立性。

四、關提升醫療品質及減少醫療疏失方面，專科護理師的加入醫療團隊的確可以提升醫療品質及減少醫療疏失，但卻增加了專科護理師的執業風險。

有關專科護理師目前在我國發展的相關議題如下:

一、支持執業的法規不足，雖有行政函文或解釋令的規範，但法律效力不足。

二、醫療輔助行為定義模糊與執業範圍劃分不明確。

三、醫院相關專責委員會的設立與運作，專科護理師專業能力的提升與訓練標準的一致性。

四、在專科護理師法律議題上，建議短期能修改專科護理師施行細則，以及修改護理師人員法第24條由主管機關明訂醫療輔助行為，長期則能訂定專科護理師法。

五、在醫院相關專責委員會方面，應明訂專科護理師制度，包括:

(一)個人合約。

(二)執業項目與內容。

(三)授權項目。

(四)進階制度。

六、專科護理師教學訓練品質上，目前各醫院並無一致的標準作業流程，品質也難以掌握，故建議衛生福利部及相關單位應該:

(一)訓練專業教師，訂定課程標準。

(二)發展評鑑制度，管控教育品質，審查符合條件之訓練醫院。

(三)管控專業護理師的證照甄審。

(四)在護理研究所的教育體系下，開設專科護理師相關課程以及進行專科護理師訓練。

依照目前台灣專科護理師的發展除了證照甄審制度的建立，專科護理師臨床進階制度的建立更是立一個重要的課題，除了可以更進一步提升專科護理師的專

國立政治大學 National Chengchi University

業素質，提高工作士氣，同時建議可在施行細則中制定更詳細的輔助醫療行為，這樣才能真正解決醫師人力不足，與一般護理師的工作範圍有所區分，更重要是要符合法律的規範，千萬不要觸犯業務過失致死傷以及密醫罪。

台灣專科護理師學會針對這問題已經制定了專科護理師臨床進階制度草案-網路版。台灣專科護理師學會為了促進專科護理師在臨床執業獲得醫院認同、回饋和留任，而發展專科護理師進階制度，目的旨在增進專科護理師臨床專業能力，使因提供病人臨床健康照護的成效和貢獻被肯定，而有實質的回饋或晉升的機會，以支持專科護理師持續的專業發展。

本專科護理師進階制度建立在Benner 的 Novice to Expert 模式，進階制度除了Novice（NP）之外，共分為四階，從NP I 至NP IV。評量指標依據專科護理師執業能力的三個層面，包括臨床執業與成效、教學能力和領導與行政，主要能力指標如表五和表六，進階基本條件如表七[278]。

專科護理師甄審委員會將定期開會進行審查，申請者需在一定時間內完整備妥所規定的專業資料以利審查。申請進階專業資料包括申請表、個人經歷表、個人進階反思、臨床照護表現評量表、能力指標表和佐證資料（質性和量性）、和推薦函兩封（專科護理師、同儕和醫師/護理部）。

根據專科護理師分科及甄審辦法的規定，其中還是有許多爭議與模糊的地方，分別整理如下:

一、內科或外科專科護理師是以所取得之專科護理師證書區別，或係以臨床工作之科別作為認定？凡通過專科護理師分科甄審並取得本部所發給之專科護理師證書（內、外科），即具有專科護理師資格。現行的法規並無限制某一專科護理師僅可於該專科執業，係由醫院視其規模與其實務人力管理而有不同作法[279]。

---

[278] 台灣專科護理師學會網站，本會進階制度辦法，http://www.tnpa.org.tw。

[279] 台灣專科護理師學會網站，專科護理師分科及甄審辦法，http://www.tnpa.org.tw; 專科護理師分科及甄審辦法第三條。

師（尚未取得證照的資深護理師)執行，建議採負面表列，明確列出哪些醫療業務絕對不得由專科護理師及訓練專科護理師執行即可。

為使專科護理師及訓練專科護理師於醫師監督下可執行之醫療業務項目明確、避免與護理業務重疊及涉及其他醫事人員之法定業務，衛生福利部委託民間團體並召集醫師團體、醫院管理團體及護理團體代表組成之工作小組歷經5次討論，3次說明會，終獲共識採正面表列專科護理師及訓練專科護理師除可執行護理人員之業務，並得於醫師監督下執行之醫療業務範圍及項目。

依據專科護理師分科及甄審辦法第三條之立法說明，和依照護理人員法第二十四條規定，護理人員在醫師指示下可執行醫療輔助行為；而專科護理師除護理人員之業務外，尚可執行監督下之醫療業務，爰本辦法僅明定其獨特之專業業務範圍。另本辦法第三條之附表，所列涉及侵入性人體之醫療業務範圍及項目，係參考臨床現況，並考量對病人屬較低危險程度之醫療業務範圍及項目，予以界定為專科護理師在醫師監督下可執行之醫療業務。

至於醫療機構自行律定的部分係指依辦法第五條規定，訂定「預立特定醫療流程」，例如針對待產婦照護過程，可預先依前開附表之醫療業務範圍項目，決定有哪些項目可授權由專科護理師執行，並訂定醫院之預立特定醫療流程，如：抽血檢查、開立藥物等，不需由醫師逐項開立醫囑[280]。

本文案例中之專科護理師乙是屬於內科的專科護理師，在值班時幫病人A放置鼻胃管，因為主治醫師甲並沒交代此醫囑，可是當日查房時，專科護理師乙說主治醫師甲有交代如果病人嘔吐，就先禁食及放置鼻胃管。臨床上是屬於口頭預立醫療醫囑，依照本辦法初次放置鼻胃管必須由醫師執行，因此專科護理師乙違反規定，可是臨床上放置鼻胃管不論初次或多次更換大多由專科護理師執行，因此本文建議修改本辦法為：初次放置鼻胃管可由進階專科護理師（NP 2以上)來

[280] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條；專科護理師分科及甄審辦法第五條。

執行，比較符合實際臨床需求。至於專科護理師值班，如果採輪班制，應可符合勞基法一例一休的原則，輪夜班時當然有醫師同時值班，可是內科的專科護理師可以值有其他科別病人的病房?可能需要在本辦法中敘明，至於醫師的口頭預立醫療醫囑，專科護理師如何因應也應在本辦法中說明。

二、本辦法第三條之附表、涉及侵入性人體之醫療業務範圍及項目，是否係針對專科護理師特別訂定之特殊業務項目？對於一般護理人員即可執行的護理業務，專科護理師是否也可執行？專科護理師是屬於進階的護理師，理論上當然可以一般護理人員即可執行的護理業務，本文說明如下:

專科護理師係依護理人員法之規定，係先具備護理師資格，並經完成訓練及甄審合格領有專科護理師證書始得執業，故其除可執行一般護理人員之業務項目(護理人員法第二十四條所定護理業務)外，專科護理師另可執行本辦法第三條附表所公告之特定範圍及項目。至於未明列於附表之業務項目，有可能是醫師才能執行，或是醫師、專科護理師（及訓練專科護理師）、護理人員均可執行。另於本辦法第三條附表已敘明，略以：「... 專科護理師及訓練期間專科護理師除可執行護理人員之業務，並得於醫師監督下執行下列醫療業務...」[281]。因此未明列於附表之醫療業務項目，特別是具有侵入性的醫療業務，除非再申請函釋，否則基本上專科護理師應該不能執行。可是醫學技術的發展日新月異，如果各項新的醫療業務都需要申請函釋，恐曠日廢時，如何符合臨床的需求又不違法，的確需要主管機關再研議。

三、本辦法第三條附表所列未涉及侵入人體之醫療業務範圍及項目，表列專科護理師及訓練專科護理師可代為開立藥物處方醫囑乙節，因該業務辦法於立法通過前，依衛生福利部（前行政院衛生署)函釋，專科護理師僅可協助開立藥物處方領藥單，未來專科護理師及訓練專科護理師是否可直接開立藥物處方醫囑？臨床上專科護理師經常接受醫師的口頭醫囑開立藥物，是否符合規範? 茲說明如下:

[281] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

依本辦法第三條附表明訂在預立特定醫療流程表單代為開立範圍內，專科護理師及訓練專科護理師可直接代為開立藥物處方醫囑，故如醫療機構已訂有相關預立特定醫療流程項目並經該院核定前提下，可依該特定醫療流程之醫囑所訂作業及範圍內開立藥物處方醫囑，如未開立預立特定醫療流程醫囑或未屬於該作業範圍，專科護理師及訓練專科護理師仍不得代為開立藥物處方[282]。本辦法第三條附表所列涉及侵入性人體之醫療業務範圍及項目之管路處置部分，例如Nelaton導管更換，專科護理師及訓練專科護理師如何執行？依辦法第三條附表所列一、二管路處置項目「Nelaton導管更換、灌洗或拔除」，屬專科護理師及訓練專科護理師於醫師監督下可執行之醫療業務範圍，惟醫療機構仍應依本辦法第四條規定，明定各分科專師及訓練專師可執行之附表項目及特定訓練並核定後，始得為之[283]。

本辦法第三條附表所列未涉及侵入人體之醫療業務範圍及項目，是否也要制定流程、標準。按本辦法第三條規定所列未涉及侵入人體者，業務範圍及項目包括(一)預立特定醫療流程所需表單之代為開立。(二)檢驗、檢查之初步綜合判斷。(三)非侵入性醫療處置。(四)相關醫療諮詢。除第(一)項已明定應訂有醫院之預立特定醫療流程始能開立外，餘三項則依辦法第四條明定或第五條規定得由醫師預立特定醫療流程，並據以執行。

有關醫療機構已訂有相關預立特定醫療流程項目並經該醫院核定前提下，可依該特定醫療流程之醫囑所訂作業及範圍內開立藥物處方醫囑的確給了醫師及醫療機構較大的彈性空間，但同時也帶來了風險。因為醫療本身就很複雜充滿了不確定性，一切如果都依照標準作業流程，一旦病人有變化，而又只有專科護理師在場，又因為專業能力的不足無法及時發現有變化，無法及時因應，可能導致

---

[282] 專科護理師分科及甄審辦法第三條，有關96年6月20日衛署照字第0962801033公告專科護理師執業範圍之規定將予廢止，依現行公告辦法辦理。

[283] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條。

非常嚴重的後果。本文案例雖然不是特定醫療流程之醫囑，可是口頭預立醫療流程之醫囑，本辦法應該要詳細說明，以免專科護理師違反規定，當然專科護理師如果發現有任何異常或變化應該立即通知醫師才是上策。

四、依據本辦法第三條附表所列醫療業務範圍及項目外，專科護理師、訓練專科護理師或護理師是否可以執行附表以外之侵入性人體之醫療業務範圍及項目?醫療機構是否可自行訂定專科護理師得另外執行附表以外之項目？一般而言專科護理師、訓練專科護理師或護理師是不可以執行附表以外之侵入性人體之醫療業務範圍及項目，而且醫療機構應該不可自行訂定專科護理師得另外執行附表以外之項目，除非針對有疑義的部分再申請函釋。詳見以下說明:

（一）依本辦法第三條附表所列醫療業務範圍及項目，專科護理師及訓練專科護理師除可執行護理人員之業務，並得於醫師監督下執行該附表所列醫療業務，該醫療業務範圍及項目係經與各相關團體及專家充分討論具有共識下完成，並於民國104年10月19日公布施行，故未納入本辦法之項目，專科護理師、訓練專科護理師、護理師或醫療機構均不得執行或自行訂定本辦法附表以外之醫療項目。惟本辦法附表所列範圍及項目，將於實施後定期收集相關意見做滾動式修正及公告[284]。

（二）護理師如非具專科護理師或訓練專科護理師之任一身分者，不可執行附表所列之醫療業務範圍及項目。有關專科護理師、訓練專科護理師、護理人員及醫師之業務範疇如下:1.必須醫師親自為之的是核心業務。 2.於醫師監督下由專科護理師執行之低風險醫療業務。 3.護理人員依照護理人員法第二十四條第一項第四款在醫師指導下之醫療輔助業務。

（三）「專師執業範圍與值班現象」之立法建議:

即使沒有值班的因素，專科護理師的執業範圍，亦該說明清楚，然而如前所述，

[284]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

專科護理師制度並無以法律另為規定，其仍受護理人員法規範，故解釋專科護理師執業範圍仍受限「醫療輔助行為」一詞，衛生福利部過去曾以三函釋在「醫療輔助行為」範圍內解釋專科護理師之執業範圍，然而以函釋界定專科護理師執業範圍，而又只能在「醫療輔助行為」一詞的範圍內作解釋，存有若干缺失如下:

(一)衛生福利部解釋專科護理師之執業範圍受限於「醫療輔助行為」範圍，我們知道護理師或護士得為醫療輔助行為，而專科護理師亦得為醫療輔助行為，是否兩者所得為之醫療輔助行為範圍應為不同，始能突顯專科護理師之專業性，並解決醫師人力不足而替代醫師人力之目的?而且是否應仿效助產人員法第二十六條之規定，賦予專科護理師如同助產人員毋庸在醫師指示下得為某些特定醫療行為之權限?

(二)以函釋界定專科護理師之執業範圍，其規範效力是否不足?依司法院第一一六號大法官解釋法官於認定事實，適用法律不受函釋之拘束，故而以函釋界定專科護理師執業範圍並不適當，存有規範效力不足之缺失[285]。

三、衛生福利部僅對專科護理師執業範圍作出三函釋，實有不足，而其內容實在過於保守。

本文基於上述三缺失，建議如下:

(一)衛生福利部應明顯區分護理師、護士與專科護理師之醫療輔助行為業務範圍。

(二)仿效預防接種之修法模式，專科護理師執業範圍應另以法律定之（長期目標），或至少由法律授權命令訂之（中期目標），對專科護理師之保障比較足夠。

(三)在未修法前，衛生福利部至少也應多作行政函釋釐清專科護理師執業範圍（短期目標）。又衛生福利部不應對專科護理師值班現象睜隻眼、閉隻眼，對

---

[285] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

專科護理師是否得代替醫師值班應表態，若認為專科護理師值班為違法現象，應加醫療機構應加強查核與處罰;若認為可以用護理師執行預防接種之修法模式，以法律（護理人員法）明訂專科護理師之值班義務，使專科護理師之值班受到法律位階之保障並釐清與明文訂定專科護理師於「值班期間」之執業範圍或權限(如不須醫師指示即可執行醫療行為)，使專科護理師不致遊走於觸犯密醫罪之法律邊緣，並應建置嚴謹之專科護理師訓練計劃（包括值班應具備之能力），以提升專科護理師之值班能力作為配套措施。

本文案例中專科護理師觸犯業務過失致死罪，其原因雖是專科護理師「應通知而未通知」，但其更值得討論的問題在於由專科護理師代替醫師值班是否合適?且於專科護理師值班期間所為之醫療行為，是否會觸犯密醫罪?醫界與護理界應正視此問題。專科護理師於值班期間所觸犯之業務過失致死罪迄今雖然案例不多，但醫護界再不面對及檢討此一問題，日後類似的問題與醫療糾紛將層出不窮，「值班」已經陷專科護理師遊走觸法邊緣，對醫療品質與病人安全與何嘗不是隱憂。更何況遍查護理人員法與衛生福利部函釋，專科護理師並無值班義務，反觀醫療法規定值班的主體是醫師而「專科護理師不應值班」之訴求，沒有過分，僅是從遵守法律的角度出發而已然而若「專科護理師值班」為醫護界未來的共識也應從法律出發（應修法賦於法源），對專科護理師保障始足[286]。

本文建議最好能配合專科護理師學會所制定之專科護理師的進階制度，明定不同階級的專科護理師可執行的醫療內容也不同，由低侵入、低風險的醫療輔助行為，到低侵入、高風險的醫療輔助行為做分類，進一步可以配合分科 (目前是內、外、婦、兒) 做更詳細的區分，如此才能與護理師或護士得為醫療輔助行為在臨床業務上有所區別。關於醫療輔助行為執行的內容，專科護理師學會可以與各專科醫學會討論，明定符合臨床需求而又不違反法規的專科護理師可以執行的醫療輔助行為規範。

[286] 臺灣南投地方法院95年度訴字第26號; 邱慧洳，註94文。

第二節 醫師指示下執行醫療輔助行為之定義明確性

醫師尤其是主治醫師應該是整個醫療過程的主要負責人，因此醫師的判斷與處置跟病人的預後有很大的相關性，可是醫療的過程是團隊合作，醫師不可能所有業務都親自執行，因此醫師的指示或醫療裁量權就非常重要，有關醫師的醫療裁量權，台北大學法學教授鄭逸哲指出以下的說明:

一、醫療行為是病變攔截行為，病變未必有攔截性，醫療處置必有風險，醫療義務不是醫好義務而是應變義務。醫護不足與過勞再加上健保不給付，可以下修醫療義務範圍。

二、只問在臨床治療當是不是適當，不要扯事後是不是正確。因果關係一回事，醫療存在不可避免的風險才是關鍵。無過失當然無須補償更遑論賠償。

三、就算是有醫害損害也是病害和醫害的向量和。不談醫療賠償上限，免談醫事人員賠償保險。尊重臨床裁量權拒絕虛構的醫療常規，法律上根本無所謂的醫療常規。不是法律有問題，是解釋和適用法律的人有問題。

四、醫療行為屬正當執行業務，故沒有違法的問題。法律上沒有阻卻違法事由的醫療行為。

五、絕大部分情況下就只能依病徵看病，而非等到也不可能等到確認病根才看病，不可以事後諸葛等到確認結果再回推之前的錯誤。

六、醫療行為屬嘗試行為，要回到行為當時論是否適當，不要搞事後諸葛再論正確與否。醫師不是神，每一位病患都具有惟一性，不可能以虛構不實的醫療常規做為醫療處置的唯一且絕對的標準。

七、醫療處置受到人力、設備、專長乃至於過勞和健保給付等現實條件的限制，固醫療義務具有個案浮動性，按其情節乃法律所明文規定。

八、具有因果關係是一回事，要不要對因果關係負責才是重點。

九、就算是有醫害損害也是病害和醫害的向量和，不得因一部份責任要求全部賠償，不得走私社會救濟於民事損害賠償。

十、法律上尊重臨床裁量權，揚棄虛構的醫療常規才能抵擋舉證責任倒置的逆流，不看答案就當下的情況作出解答與最後的結果無關，不能就此提出因果關係。身為醫者出了問題不要急著辯解，往往錯誤的一句話造成鉅額賠償而且錯也不一定在你。

十一、病例要記載清楚，如果診斷無法立刻達成，要詳細記載在當時的情況下做最適當的處置，外加一句如果病情有變化請務必到大醫院做進一步診治。

十二、出了問題不要去改變病歷，改了病歷無罪可能變有罪。

十三、不要害怕醫療糾紛，要勇敢面對醫療糾紛[287]。

根據鄭逸哲教授以上的說法醫療行為屬嘗試行為，要回到行為當時論是否適當，不要搞事後諸葛再論正確與否。醫師不是神，每一位病患都具有惟一性，不可能以虛構不實的醫療常規做為醫療處置的唯一且絕對的標準。尤其是本文案例中的病人A的臨床症狀與死後的解剖病理診斷差異甚大，如何要求主治醫師甲做出正確的診斷與治療。但是在整個醫療過程中主治醫師甲如果已經口頭預立醫囑交代專科護理師乙，當值班時如果病人有何變化應如何處置，應該要負起責任，否則連主治醫師都無法正確判斷，如何要求專科護理師乙可以做出適當的處置。但是專科護理師乙應該要及時通知主治醫師甲與丙，或許結果還是一樣，但至少可能不會被判刑，另外主治醫師甲對於病情有點詭異的病人A，除了交班給專科護理師乙也應於下班前交班給主治醫師丙，讓主治醫師丙值班時能很快掌握病情。但以上這些輕微的疏失，基本上也都有些事後諸葛在論正確與否，真實的情形是這是一個非常困難診斷而且死亡率很高的個案，以當時當地原則，大多數醫師與專科護理師應該可能都會做出相同的診斷與處置。

根據專科護理師分科及甄審辦法的規定，其中還是有許多爭議與模糊的地方

---

[287] http://www.angle.com.tw/media/ListDetail.aspx?iS=25373&iM=31910&iC=0; 月旦影音論壇; https://forum.doctorvoice.org/viewtopic.php?f=24&t=83638; https://forum.doctorvoice.org/viewtopic.php?t=80873; 醫師公會聯合會，醫聲論壇。

，分別整理如下:

一、專科護理師及訓練專科護理師於醫師監督下得執行之醫療業務項目，若未曾接受該項醫療技術之訓練及考評，於醫師監督下，是否仍可執行該項業務?本文認為如果專科護理師及訓練專科護理未曾接受該項醫療技術之訓練及考評，應該主動告知醫師，由醫師來決定是否仍可執行該項業務，而且醫師應該親自在場監督。以下再詳細說明:

(一)專科護理師及接受專科護理師訓練期間之護理師，於醫師監督下得執行之醫療業務項目，仍須在「醫師監督下」始得執行「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」第三條所列附表之「專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目」[288]。

(二)依前揭辦法第四條規定，略以：「醫療機構須成立專科護理師作業小組(簡稱作業小組)，並應訂定醫療機構各分科專師及訓練專師可執行附表之醫療業務範圍之項目及特定訓練。」，例如附表一: 檢查處置之「陰道擴張器(鴨嘴器)置入採集檢體」項目，如醫院之作業小組認其專科護理師及訓練專科護理師於醫師監督下有執行該項業務之需要，且應接受相關特定訓練（考評)時，則應依前述規定訂定相關規範，始能為之[289]。

二、有關醫師指示、指導或確認，以電話方式表示是否成立?因為醫師業務繁忙，尤其如果正在執行手術或幫病人做檢查與治療時，其他病人如果有狀況經常會以電話做口頭醫囑，理論上應該視同書面醫囑。如果是住院醫師執行基本上比較沒有爭議，但是如果是專科護理師就可能有爭議，再加上大多沒有電話錄音可供證明，一但有疑義時可做比對。本文說明如下:

(一)依本辦法第二條規定，略以：「本法第二十四條第三項所稱監督，指由專科護理師及接受專科護理師訓練期間之護理師，執行醫療業務前或過程中，醫

---

[288] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

[289] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條。

師對其所為之指示、指導或督促。前項監督，不以醫師親自在場為必要。」

（二）依據本辦法第二條之說明，醫師可視臨床及病人情況，採在場或不在之監督方式。專科護理師或訓練專科護理師，認為醫師有親自在場之必要時，亦得通知其到場。

(三)有關專科護理師及訓練專科護理師執行醫療業務前或過程中，可以電話方式接受醫師之指示、指導或督促，惟應恪遵本辦法第七條規定，專科護理師及訓練專科護理師如執行預立特定醫療流程後，監督醫師應於二十四小時內完成簽；如執行其他監督下之醫療業務，監督醫師則應於二十四小時內完成書面醫囑紀錄[290]。

三、本辦法所稱監督醫師是指住院醫師或主治醫師?本文認為只要有醫師執照的醫師均可擔任監督醫師，但實際狀況是沒有住院醫師的主治醫師才會有專科護理師協助，因此大多數專科護理師的監督醫師是主治醫師。說明如下:

(一)依據本辦法第二條之立法說明，本條醫師指依醫師法第六條領有醫師證書且依該法第八條領有執業執照者[291]。

(二)有關專科護理師及訓練專科護理師執行醫師監督下醫療業務時，各醫院得視該院實際狀況，由病人之主治醫師或實際照護病人之醫師擔任監督醫師。

四、護理師尚未取得專科護理師執照，在接受訓練前可否比照專科護理師或訓練期間之專科護理師執行「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」第三條所列附表之「專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目」？本文認為不可以，僅有具專科護理師或訓練期間專科護理師身分，才可於醫師監督下執行附表所列之醫療業務範圍及項目[292]。

五、如果醫師與專科護理師或訓練專科護理師於查房期間，醫師口述涉及處方、

---

[290] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第二條。

[291] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第八條。

[292] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

檢驗等醫囑內容，是否可由專科護理師或訓練專科護理師代為書寫開立檢驗單或處方箋並簽章後，再由醫師核簽？另民國96年衛生福利部公告之專科護理師執業範圍，專科護理師可輔助病歷製作，但新法並未將此項列入，請問現行專科護理師及訓練專科護理師是否可輔助病歷製作？本文認為對於醫師的口頭醫囑要非常小心，最好能夠有錄音，或有第三者在場，因為一旦出現醫療糾紛，一般都只採信書面的記載，所以口頭醫囑一定要盡速補正。有關專科護理師可輔助病歷製作，本文認為只要監督醫師認可並簽名應該可以，但規定並不明確，以下說明:

(一)本部於民國96年以衛署照字第0962801033號函專科護理師執業範圍公告有關開立檢驗及領藥單之函釋如下：

1. 在醫囑或醫師指示下，得開立檢驗、檢查申請單，但該檢驗、檢查申請單需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於24小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立檢驗、檢查單。

2. 在醫囑或醫師指示下，得開立領藥單，但該領藥單上需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於24小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立處方箋。

(二)另依本辦法第三條附表所公告之專科護理師執業範圍，其中「二、未涉及侵入人體之醫療業務範圍及項目(一)預立特定醫療流程表單代為開立，包含 1. 入院許可單。2. 治療處置醫囑。3. 檢驗醫囑 (含實驗室及影像)。4. 藥物處方醫囑。5.會診單。」；故依同辦法第三條至第六條規定，如醫院未訂定前述之「預立特定醫療流程」於相關之處置項目中，專科護理師及訓練專科護理師仍無法代為開立相關醫囑，但仍得依前述函釋規定處理[293]。

(三)針對輔助病歷製作部分，依本部97年函釋，專科護理師可協助醫師製作病程紀錄（progress note)，但必須註明為輔助紀錄人，目前因該函釋仍未廢止，

[293] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三到六條。

現階段如果符合函釋規定之要件，則可以由輔助記錄人協助製作相關病歷。本部將針對函釋與法規有競合的部分，進行檢視及處理，以求法規之一致性與穩定性。

六、本辦法之中有關「訂定專科護理師及訓練專科護理師執行監督下之醫療業務時之標準作業程序」，和「訂定執行預立特定醫療流程之標準作業程序」[294]，兩者間之差異為何?本文認為在臨床作業上，醫療機構一定希望透過訂定執行預立特定醫療流程之標準作業程序，讓專科護理師及訓練專科護理師能夠合規定的多幫醫師執行醫療輔助業務，分擔醫師的辛勞，尤其是侵入性的醫療行為。本文案例中就是初次放置鼻胃管，但是還是要顧及醫療品質與病人安全，所以對所有醫療輔助業務尤其是侵入性的醫療行為，醫院制定預立特定醫療流程之標準作業程序，一定要謹慎不要觸法，而且最好能與各主要科別主管開會，配合專科護理師的進階制度，讓以分科的較高階的專科護理師可以執行比較侵入性的醫療業務，如此可與低階的專科護理師或一般護理師作區別。當然醫療機構本身也要定期檢討執行成效並作修訂，而且最好能作為薪資增減的參考，如此既可提升服務品質，也可鼓勵專科護理師繼續充實自己去進階。當然使用資訊管控，讓每一位專科護理師有自己的電腦燈號，清楚規定可以執行的醫療權限，一但有醫療糾紛要追究責任時才會有依據，不至於醫護互相推諉責任，以下再補充說明:

(一)依本辦法第四條第一項第一款規定：「訂定專科護理師及訓練專科護理師執行監督下之醫療業務時之標準作業程序，包括監督之醫師、醫囑、紀錄及回報病人狀況與處置結果之機制。」，該款之標準作業程序係醫療機構針對該院專科護理師及訓練專科護理師執行監督下之醫療業務項目之標準作業程序，內容須包括 1.明定該項之監督醫師、2. 專師及訓練專師依據之醫囑、3. 執行醫療業務之過程與重要事項記錄、4. 回報病人狀況與處置結果機制等規範與作業流程。

[294] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條第一項第一款。

(二)依本辦法第四條第一項第四款「訂定執行預立特定醫療流程之標準作業程序」，該款之標準作業程序係指預立特定醫療流程之制定、審查、核定程序與啟動預立特定醫療流程之條件。「制定」係依本辦法第五條第一項規定，略以：「...得由醫師預立特定醫療流程」；「審查」係依據本辦法第四條第一項第三款規定，審查及確認預立特定醫療流程內容；「核定」係依本辦法第六條規定，預立特定醫療流程經醫療機構核定後實施；啟動預立特定醫療流程之「條件」是指依監督醫師所開立之「預立特定醫療流程醫囑」或符合該院所訂預立特定醫療流程項目之條件[295]。

(三)以縫合傷口為例，若醫院專科護理師作業小組認其專科護理師及訓練專科護理師得於醫師監督下執行辦法第三條之附表(一)表層傷口縫合項目，該院之作業小組應遵循本辦法第四條第一項第二款明訂其可執行之項目，並依第一款訂定之相關標準作業程序[296]。惟如醫院認有訂定「表層傷口縫合預立特定醫療流程」之必要時，得由醫師依辦法第五條訂定[297]。並依同條第二款所定內容，包括之事項：1. 症狀、病史及身體評估等情境或診斷、2. 執行之項目、3. 相關處置及措施、4. 書寫紀錄、5. 監督之醫師及方式、6. 專科護理師及訓練專科護理師應具備之特定訓練標準或要件，再提到作業小組審查，並經醫院核定始能為之[298]。

本文案例中主治醫師甲於查房時以口頭預立特定醫療流程，告知專科護理師乙，如果病人腹脹、嘔吐就放置鼻胃管和禁食，先暫時不論專科護理師不可單獨為病人初次放置鼻胃管，這項醫囑牽涉到專科護理師單獨對病人的臨床判斷，專科護理師是否接受過相關的訓練和具備這種診斷與判斷的能力，主治醫師在下這種醫囑時，要非常小心而且要在病歷上作紀錄並交班給當天在醫院值班的醫師，一但病人有變化或緊急狀況時，值班醫師能夠及時處理，尤其是對本文案例中的

---

[295] 同前註文279，294。

[296] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

[297] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條第一項第二款。

[298] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條第二款。

病人是一極困難診斷而且死亡率非常高的個案，更要謹慎小心。

第三節 建立專科護理師專業能力標準與提升及評估專科護理師執業品質

根據專科護理師分科及甄審辦法的規定，有關建立專科護理師專業能力標準與提升及評估專科護理師執業品質其中還是有許多爭議與模糊的地方，分別整理如下:

一、如果醫療機構本身非專科護理師訓練醫院，聘請專科護理師執行醫師監督下之醫療業務，因該員已具有專科護理師證書，是否可以不需進行預立特定醫療流程之特定訓練，直接執行監督下醫療業務？本文認為已具有專科護理師證書當然可以執行醫師監督下之醫療業務，只是醫療機構本身非專科護理師訓練醫院應該不可以不需進行預立特定醫療流程之特定訓練，就直接執行監督下醫療業務，以下補充說明:

(一)如醫療機構非為專科護理師訓練醫院，按本辦法第四條規定，醫療機構以專科護理師執行監督下之醫療業務者，該院之專科護理師作業小組，仍應訂定各分科專師可執行第三條附表醫療業務範圍之項目及特定訓練，並定期檢討專師及訓練專師所執行醫師監督下醫療業務之適當性及品質[299]。至於是否訂定預立特定醫療流程，依辦法第五條規定，由該院或醫師視需要訂定，並由作業小組審查、確認及醫療機構核定後始得執行[300]。

(二)為瞭解前述執行醫師監督下醫療業務品質，衛生福利部已請地方政府衛生單位配合辦理「專科護理師相關輔導與管理」，並納入民國105年考評指標。

---

[299] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條; 專科護理師分科及甄審辦法第三條。

[300] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條。

本文案例中之醫院是專科護理師之訓練醫院，更應該遵守相關規定成立專科護理師作業小組，訂定各分科專科護理師可執行第三條附表醫療業務範圍之項目及特定訓練，並定期檢討專科護理師及訓練專科護理師所執行監督下醫療業務之適當性及品質，而且要有紀錄可供上級機關查核[301]。

二、若具有兒科組專科護理師執照，但未經內科專科護理師受訓，無內科專科護理師執照可以直接至內科當內科專科護理師執業嗎?本文認為專科護理師的分科是為了提升照護品質，而不應限制其執業範圍，否則分科愈細，對醫師的協助反而受限實非立法意旨，所以一般性的輔助醫療業，只要領有專科護理師執照並有執行的經驗，應該就可以醫師監督下執行該項醫療業務，以下補充說明:

(一)依據本辦法第二條規定:「專科護理師之分科如下：一、內科。二、外科。」；另本部為建立專科護理師制度，依據本辦法相關規定，自民國95年辦理內、外科專科護理師甄審作業，民國101年內科專科護理師分為一般內科、兒科及精神科等3組；外科專科護理師除原有一般外科組之外，於民國102年增加婦產科組[302]。

(二)具有兒科組專師證書，但未經內科專科護理師受訓，是否可至內科當內科專科護理師執業部分，依據本部於民國104年10月19日公布暨民國105年1月1日施行之「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」第三條規定，略以:「專科護理師及接受專科護理師訓練期間之護理師於醫師監督下得執行之醫療業務，其範圍如下:一、涉及侵入性人體者:(一)傷口處置。(二)管路處置。(三)檢查處置。(四)其他處置。…。」。

(三)未涉及侵入人體者包括:1. 預立特定醫療流程所需表單之代為開立。2. 檢驗、檢查之初步綜合判斷。3.非侵入性醫療處置。4.相關醫療諮詢。爰專科護理師仍須在「醫師監督下」始得執行該辦法第三條所列附表之「專科護理師及訓

[301] 同前註文279，300。

[302] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第二條。

練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目」，先予敘明[303]。

(四)另依前揭辦法第四條規定，略以：「醫療機構須成立專科護理師作業小組，並應訂定醫療機構各分科專科護理師及訓練專科護理師可執行第三條附表醫療業務範圍之項目及特定訓練。」，故醫療機構如有兒科專科護理師執行內科專科護理師業務之需要，除應有相關監督醫師外，醫院應依前述規定訂定相關規範，始得為之[304]。

本文案例中專科護理師乙為內科專科護理師為病人因腹脹、嘔吐就放置鼻胃管和禁食，臨床上應該是屬於該專科可以執行的項目，可是初次放置鼻胃管就不在法規許可範圍內，但是在緊急狀況下又有醫師口頭預立醫囑的情形下就有討論的空間。

三、護理師未辦理執業登記或育嬰留職停薪期間，可否予接受專科護理師訓練?如果剛取得護理師資格未滿3年，是否可接受專科護理師訓練？依本辦法第五條第二項規定，有關接受專科護理師訓練前之護理師年資，以在我國從事臨床護理師工作，並經執業登記者為限[305]。本文認為專科護理師訓練之護理師，應辦理執業登記才能接受訓練取得專科護理師執照的資格，以下補充說明:

(一)參加專科護理師訓練之護理師，應辦理執業登記，另護理師如請育嬰假留職停薪，依護理人員法第十一條規定，其育嬰假期間如確無執業事實且在1個月以上，理應辦理停業。另按其育嬰假事由，係基於三歲以下年幼子女之照顧需要，故不應另於育嬰假中另接受其他訓練，故應俟其復職辦理執業登記後，始可參加專科護理師訓練課程或補充訓練。

(二)依據本辦法第四條規定，專科護理師訓練需符合下列各項之一：

1.第六條所定之專科護理師訓練課程。

2. 就讀國內大專校院研究所之專科護理師學位學程（以下稱專科護理學

---

[303]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

[304]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條。

[305]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法五條第二項。

位學程)，且於中央主管機關認定公告之訓練醫院（以下稱專科護理師訓練醫院）完成臨床訓練[306]，其課程內容及時數符合第六條第一項規定[307]。

(三)於美國、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、歐盟等與我國專科護理師制度相當之國家完成訓練，且持有其證明文件。

(四)另依同辦法第五條第一項第一至三款規定，接受專科護理師訓練所需護理師年資如下:

1. 參加前條第一項第一款訓練課程前，自專科或大學護理科、系畢業者，應具備護理師年資三年以上；護理研究所畢業者，應具備護理師年資二年以上。

2. 符合前條第一項第二款規定者，於入學就讀專科護理師學位學程前，應具備護理師年資二年以上。但於中華民國一百零五年一月一日前已入學就讀者，得以專科護理師訓練期間外之護理師年資併計[308]。

3. 符合前條第一項第三款規定者，應具備護理師年資二年以上。

4. 另依本辦法第五條第二項規定，有關護理師年資，係以在我國從事臨床護理師工作，並經執業登記者為限[309]。

四、專科護理師與培訓中的專科護理師（訓練專科護理師)執業內容是否皆適用?

本文認為專科護理師或培訓中的專科護理師，應該就可以醫師監督下執行輔助醫療業務，但是關鍵在於培訓中的專科護理師尚未取得證照，有點類似實習醫師。所以醫師要更用心指導，最好親自督導，如果實在有困難，也要請專科護理師協助，同時醫院最好能設置臨床技能中心，平時就可以做模擬訓練，增加與改善培訓中的專科護理師的臨床技術與問診的技巧，以下補充說明:

(一)依護理人員法第二十四條第二項及第三項規定，專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除執行第一項業務外，並於醫師監督

---

[306] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法四條。

[307] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法六條第一項。

[308] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法五條第一項第一至三款。

[309] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法五條第二項。

下得執行醫療業務。前項所稱醫師監督下執行之醫療業務，由中央主管機關另以辦法訂定之。

(二)另依據「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」之第二條規定，護理人員法第二十四條第三項所稱監督，指由專科護理師及接受專科護理師訓練期間之護理師，執行醫療業務前或過程中，醫師對其所為之指示、指導或督促。

(三)專科護理師及訓練專科護理師除可執行護理人員之業務，並得於醫師監督下執行本辦法附表所列之醫療業務。

本文案例中專科護理師乙為領有證照之合格的內科專科護理師應該沒有這個問題。

五、尚未取得專科護理師資格之護理人員，在接受專科護理師訓練前可否比照專科護理師或訓練專科護理師於醫師監督下執行醫療業務？本文認為尚未取得專科護理師資格之護理人員，在接受專科護理師訓練前不可比照專科護理師或訓練專科護理師於醫師監督下執行醫療業務。以下補充說明: 護理師如非具專科護理師或訓練專科護理師(依「專科護理師分科及甄審辦法」第八條規定，訓練醫院應將訓練期間專科護理師名單登錄造冊始予認定其身分)之任一身分者，不可執行本辦法第三條附表所列得於醫師監督下執行之醫療業務[310]。臨床實務上，醫院大多會挑選表現優秀的資深護理師接受專科護理師的正規訓練，但未正式核備之前，千萬不要偷跑，以免觸法。

六、本辦法第五條，預立特定醫療流程之訂定內容第六款所列「專科護理師及訓練專科護理師應具備之特定訓練標準或要件」是否由醫院自行訂定[311]？將來是否可能納入醫院相關評鑑？是否需配合制定相關訓練表單供查？一般而言，專科護理師、訓練專科護理師或護理師應具備之特定訓練標準或要件，是可由醫院自行訂定，但是不可以執行附表以外，尤其是侵入性人體之醫療業務範圍及項目，除

[310] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法八條。

[311] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法五條第一項第六款。

非針對有疑義的部分再申請函釋。詳見以下說明:

(一)依本辦法第五條第一項規定，預立特定醫療流程，得由醫療機構之醫師訂定，內容並應包括同條一至六款之規定[312]。故有關第六款「專科護理師及訓練專科護理師應具備之特定訓練標準或要件」內容，亦應由所提醫師或醫療機構訂之。本文案例中之醫院是專科護理師訓練醫院而且也是公家醫院，更應該遵守相關規定制定專科護理師及訓練專科護理師應具備之特定訓練標準或要件，並與各主要醫療專科的主管定期開會，配合制定相關訓練表單供備查，因為將來一定會納入醫院相關評鑑。

(二)至於將來是否納入醫院相關評鑑，衛生福利部部將依實務執行狀況進行調整與評估，才能提升和維持醫療照護品質。

七、有關預立特定醫療流程相關文件，依法是否需在民國105年1月1日前完成各項預立特定醫療流程之訂定？

本文認為專科護理師有正式國家考核並發給證照至今已超過十年，為了讓專科護理師能在合法的規定下發揮應有的專業協助醫師，建議各醫療機構儘速評估實際執行需要，完成各項預立特定醫療流程之訂定，若未及訂定及核定前，建議專科護理師及訓練專科護理師僅先執行「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」第三條附表所列各項醫療業務（仍需經醫師開立醫囑始得執行）。

八、醫療機構所須制訂之預立特定醫療流程，是否限定採條文式方式制定？可否以流程圖的方式制定？本文認為醫療機構所須制訂之預立特定醫療流程，不需要限定採條文式方式制定，可以配合流程圖的方式制定。因為臨床實務上流程圖比較容易瞭解以及檢核。

依本辦法第五條所規定預立特定醫療流程之訂定內容，應包括（一)症狀、病史及身體評估等情境或診斷。(二）執行之項目。(三）相關處置及措施。(四）書寫紀錄。(五）監督之醫師及方式。(六）專科護理師及訓練專科護理師應具備

[312]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法五條第一項第一至六款。

之特定訓練標準或要件等事項，惟未規範應採何條文或流程形式訂定，可由各醫療機構自行規劃[313]。

九、如果醫療機構已經訂定預立特定醫療流程，實務上如果未完全符合訂定的內容，是否仍然可以執行？

本文認為醫療機構所須制訂之預立特定醫療流程，實務上應該完全符合訂定的內容，倘實務執行時未完全符合醫療機構訂定之「預立特定醫療流程」內容，事後如導致相關爭議，仍應由醫院負責。故建議如有上述情況時，專科護理師或訓練專科護理師仍應洽請醫師處理或敘明相關過程，或者召開會議討論是否執行上有困難必須要做修正，以確保執行之合法性。

十、醫療機構制定預立特定醫療流程時，是否所有項目均需要求專科護理師及訓練專科護理師應完成某些特定訓練始得執行？

本文認為因預立特定醫療流程之內容如果涉及醫療專業判斷，各醫療機構可已自行評估該項業務之性質，自行訂定專科護理師及訓練專科護理師是否需經過特定訓練始得執行該項業務。但是一定要合乎法令的規範以及專科護理師及訓練專科護理師的能力，尤其是有關臨床上的判斷，需要經過長時間的訓練，專科護理師及訓練專科護理師執行預立特定醫療流程時若有任何懷疑之處，一定要及時請教醫師，因為現在多數醫院都有公務手機可以即時溝通。

十一、本辦法第七條規定「專科護理師及訓練專科護理師執行預立特定醫療流程後，監督醫師應於二十四小時內完成核簽...」[314]。如以「待產婦照護預立特定醫療流程」為例，是否「待產婦照護預立特定醫療流程」即為醫囑名稱？倘若如此，因該項預立特定醫療流程包含多項檢查項目及藥物處方醫囑，是否仍需個別開立檢驗單及藥物處方醫囑？一般而言，專科護理師、訓練專科護理師執行預立特定醫療流程後，監督醫師應於二十四小時內完成核簽，但實務上有時無法達成，

---

[313] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條。

[314] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第七條。

例如醫師一直在手術或是有突發狀況需要急救應該要在病歷中敘明，並建議應比照危急值（包括檢查及檢驗)簡訊通報，接近二十四小時之前以簡訊提醒醫師核簽。詳見以下說明:

(一)以「待產婦照護預立特定醫療流程」為例，其醫囑名稱可以「待產婦照護預立特定醫療流程」為之。另按本辦法第三條所列附表之二、「未涉及侵入人體之醫療業務範圍及項目」規定，專科護理師及訓練專科護理師可代為開立預立特定醫療流程表單。爰如待產婦符合醫院所定該項預立特定醫療流程之情境或條件時，即可依該預立特定醫療流程所訂之各項作業檢查及用藥開立相關表單，毋須另外個別逐項開立醫囑。惟監督醫師應於二十四小時內完成該流程之核簽[315]。

(二)該預立特定醫療流程與現行之臨床路徑類似，係將特定之醫療流程作業，以包裹方式先行訂定各項檢查及藥物處方等。故建議各院針對未來所訂之預立特定醫療流程項目，應整合院方醫令等相關資訊系統，於醫師開立該項預立特定醫療流程時，即可授權同時列印出相關作業表單（如檢驗醫囑單、藥物處方醫囑單）供專科護理師及訓練專科護理師使用。

第四節 如何加強專科護理師的訓練與專科護理師訓練醫院認證標準

根據專科護理師分科及甄審辦法的規定，有關如何加強專科護理師的訓練與專科護理師訓練醫院認證標準，其中還是有許多爭議與模糊的地方，分別整理如下:

一、本辦法第八條規定，訓練醫院應將訓練期間專科護理師名單登錄造冊，送直轄市、縣(市)主管機關備查[316]。請問如何進行申報備查?

---

[315]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

[316]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第八條。

（一）依本辦法第八條規定，訓練醫院應將訓練期間專科護理師名單登錄造冊，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項登錄內容，包括國民身分證統一編號、護理師證書字號、專科護理師訓練科別、訓練起迄時間及執業年資等事項。

(二) 訓練醫院自民國 104 年 11 月 5 日起，如有開辦訓練課程時，應於每梯次訓練課程開課後 1 個月內，依附表內容完成訓練期間專科護理師訓練名單登錄（不同訓練梯次應分別列表），上傳至本部「訓練期間專科護理師登錄造冊匯入系統」(網址:http://nm.mohw.gov.tw)，最遲於開課後 1 個月內完成登錄造冊，上傳後同時列印附表函送地方衛生主管機關備查；並於該梯次課程完成後繼續完成該附表之「訓練結果及補充訓練登錄資料」欄，如有提報補充訓練需求者，應一併將補充訓練計畫函送地方衛生主管機關備查。

（三）前述規定本部業於民國 104 年 12 月 31 日衛部照字第 1041562816 號函予各效期內訓練醫院及地方政府衛生局在案。

本文認為專科護理師訓練醫院應將訓練期間專科護理師名單登錄造冊，送直轄市、縣(市)主管機關備查，其目的是為了可以管理，同時也可以知道目前正在執業的專科護理師人數，做為未來考核的參考，以符合臨床上的需求，不要造成人力過剩或不足，以及各科之間的不均。

二、如果剛取得護理師資格未滿 3 年，是否可接受專科護理師訓練？

(一)依據本辦法第四條規定，專師訓練需符合下列各項之一：

1.本辦法第六條所定之專科護理師訓練課程。

2.就讀國內大專校院研究所之專科護理師學位學程，且於中央主管機關認定公告之訓練醫院完成臨床訓練，其課程內容及時數符合第六條第一項規定。

3.於美國、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、歐盟等與我國專科護理師制度相當之國家完成訓練，且持有其證明文件[317]。

(二)另依同辦法第五條第一項第一至三款規定，接受專科護理師訓練所需護理師年資如下[318]:

---

[317] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條。

[318] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條第一項第一至三款。

1.參加前條第一項第一款訓練課程前，自專科或大學護理科、系畢業者，應具備護理師年資三年以上；護理研究所畢業者，應具備護理師年資二二年以上。

2. 符合前條第一項第二款規定者，於入學就讀專師學位學程前，應具備護理師年資二年以上。但於中華民國一百零五年一月一日前已入學就讀者，得以專科護理師訓練期間外之護理師年資併計[319]。

3.符合前條第一項第三款規定者，應具備護理師年資二年以上[320]。

（三）另依本辦法第五條第二項規定，有關護理師年資，係以在我國從事臨床護理師工作，並經執業登記者為限[321]。

本文認為取得護理師資格滿 3 年，才可接受專科護理師訓練，其目的是為了維持專科護理師的素質，否則對臨床經驗不足的年輕護理師立刻要從事挑戰性比較高的臨床業務，可能無法適應。

三、某醫療機構本身為訓練醫院，其分院雖非為訓練醫院但屬經教學醫院評鑑合格醫院，若該訓練醫院提報分院護理師至該院（總院)接受專科護理師練，其臨床訓練，可否由總院（原訓練醫院)回至分院（教學醫院評鑑合格醫院）訓練?本文認為有訓練資格的專科護理師訓練醫院，其目的是為了訓練護理師成為合格的專科護理師 所以主要是訓練的內容、師資以及硬體設備，分院如果可以達到訓練專科護理師的標準，只要訓練期間合於規定，並且在訓練計畫中詳細說明，應無不可。茲說明如下:

（一）依本辦法第七條規定，略以:「... 專師訓練，應於訓練醫院為之；訓練醫院之認定基準及應遵行事項...。臨床訓練，得與經教學醫院評鑑合格之醫院合作，其合作訓練時數不得超過訓練總時數三分之二；...」[322]。

（二）訓練醫院依上開規定可逕與經教學醫院評鑑合格之分院合作，惟至分院之合作訓練時數不得超過臨床訓練總時數之三分之二（336 小時)之規定，並應事先擬具臨床訓練計畫，報經中央主管機關核准後，依「專科護理師分科及

---

[319]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條第一項第二款。

[320]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條第一項第三款。

[321]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第五條第二項。

[322]同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第七條。

甄審辦法」第八條規定，函送所轄地方衛生主管機關備查[323]。

四、本辦法第十五條規定，專科護理師證書應每六年更新一次[324]。如護理師已具有專科護理師證書，因執業之醫療機構無開專科護理師職缺，仍於病房擔任一般護理師工作，倘六年到期，仍未有專科護理師執業經驗，是否會廢照？本文認為取得專科護理師證照後一直未有專科護理師執業經驗，六年到期應該廢照，其目的是為了維持專科護理師的素質，但是應該於六年到期前申請展延，如有機會從事專科護理師的工作，負責監督的醫師要更謹慎小心，茲說明如下:

依本辦法第十五條第二項規定:「前項更新，應於專師證書效期屆滿前六個月內，檢具效期屆至日前六年內完成第十六條所定繼續教育之證明，向中央主管機關申請辦理」。同條第三項規定：「證書之更新有特殊理由，未能於效期屆滿前辦理時，應檢具書面理由及證明文件，向中央主管機關申請延期更新，其經核准者，應自效期屆至日起一年內申請更新；逾期未更新者，廢止其證書[325]。」。故建議儘速於證書效期屆滿前，依規定完成繼續教育積分（120點）。

本辦法第十六條規定，專科護理師應取得120點之專科護理師繼續教育學分[326]。另依「護理人員法」相關規定，專科護理師亦須另取得120點之護理人員繼續教育學分，但部分醫院之專科護理師繼續教育課程無法同時抵作護理人員繼續教育時數，造成專科護理師可能須得240點之繼續教育積分始得更新執照。說明如下:

（一）專科護理師課程積分得以併計為護理人員繼續教育時數，但開課單位須於開課前向本部所認可之審查認定單位同時申請專科護理師及護理人員繼續教育學分，始能交叉認定。

（二）專科護理師於領取專科護理師證書6年有效期限內，若遇需更新護理人

---

[323] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第八條。

[324] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第十五條。

[325] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第十五條第二項。

[326] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第十六條。

員執業執照時，凡持有效期內專科護理師證書，即可直接抵作護理人員6年120分繼續教育積分。

五、已取得美國專科護理師相關學歷證明及具美國專科護理師執業證明，是否可參加我國專科護理師甄審考試？本文認為取得美國專科護理師相關學歷證明及具美國專科護理師執業證明，基本上能力應該沒有問題，其目的是為了維持專科護理師的素質，但仍需參加該科專科護理師之甄審，畢竟醫療是要與人互動，了解台灣的風土民情，以及測試語文能力，都是非常重要，說明如下:

（一）依據本部民國104年11月3日修正發布之「專科護理師分科及甄審辦法」第三條明訂護理師完成專科護理師訓練，且具備臨床護理師工作年資(以下稱護理師年資)者，得參加該科專科護理師之甄審[327]。

（二）另按同辦法第四條第一項第三款規定，略以:「前條專科護理師訓練，指符合下列各款規定之一者:…三、於美國、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、歐盟等與我國專科護理師制度相當之國家完成訓練，且持有其證明文件。…」及第五條規定，略以：「…三、符合前條第一項第三款規定者，應具備護理師年資二年以上。前項護理師年資，以在我國從事臨床護理師工作，並經執業登記者為限。」，先予敘明。

（三）若所送於美國完成專科護理師訓練之證明文件，符合本辦法第四條第三款規定，並於本部醫事管理系統之護理師執業登錄年資達二年以上，則始得參加專科護理師甄審考試[328]。

六、針對辦法發布施行前（民國 104 年 11 月 3 日)已完成專科護理師學科訓練有半年以上，但尚未進行臨床訓練，是否能繼續安排臨床訓練? 本文認為其目的是為了維持專科護理師的素質與病人的安全，茲說明如下:

訓練醫院自民國 104 年 11 月 5 日前即開辦訓練課程，惟至民國 104 年 11 月 5 日止尚未完成訓練課程者，依該修正辦法第六條規定，最遲訓練期間至多 12

[327] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第三條。

[328] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條第一項第三款。

個月，於民國 105 年 11 月 4 日前應完成訓練課程，故應完成梯次開課補登錄造冊作業及函送地方衛生主管機關備查[329]。

七、如果護理師在本辦法發布施行前（民國 104 年 11 月 3 日)已經完成專科護理師訓練，是否仍需進行補充訓練？若是需要，請問起始時間從何時起算?為何要仔細計算訓練時間，因為醫療過程可以容許犯錯的空間很小，只有反覆的訓練與學習，才是不二法門。本文認為其目的是為了維持專科護理師的素質、提升醫療品質與病人的安全，茲說明如下:

（一）依照本辦法第六條第二項規定，略以：「...訓練醫院得視護理師之實際狀況，於其訓練課程完成後，予以補充臨床訓練(以下稱補充訓練);補充訓練應於訓練課程完成日起十八個月內為之。...」[330]。

（二）補充訓練計算及提報規定:

1. 補充訓練之起日計算:以完成專科護理師訓練課程日起計，但實際得執行補充訓練以專科護理師分科及甄審辦法發布生效日 (民國104年11月5日)始予認定之。

2.於民國104年11月5日前完成訓練者，補充訓練之期限: 補充訓練期限須自完訓日起計18個月內完成，例如於民國104年4月30日完訓，則其補充訓練 (起迄)期限為民國104年5月1日至民國105年10月31日止，惟其實際得執行補充訓練以「專科護理師分科及甄審辦法」發布生效日 (民國104年11月5日)始予認定之，先予敘明。如所提報補充訓練名冊，查與訓練醫院前於民國103年及民國104年度間提供本部之原訓練課程、名單等資料不符，則須另個別檢附原訓練計畫及完訓(或結訓)證明函報地方衛生主管機關查核認定。

3. 於民國103年6月前已完成專科護理師訓練者，不得再提報補充訓練: 依辦法規定，補充訓練應於訓練課程完成日起計18個月內為之，故補充訓練期限

---

[329] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第六條。

[330] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第六條第二項。

(迄日)僅至民國104年11月底止，已屆提報補充訓練之有限期限，不得再提報補充訓練，地方衛生主管機關亦不予受理。

（三）有關所提於民國104年11月3日前已經完成專科護理師訓練，是否仍需進行補充臨床訓練，按前述規定仍應由原訓練醫院視護理師之實際狀況評估，如需予以補充臨床訓練，該訓練期限仍須自完訓日起計18個月內完成；爰如於民國103年6月前已完成專師訓練者，迄今已超過18個月，則不得再提報補充訓練。

八、提報補充專科護理師臨床訓練之受訓醫院與原訓練醫院不同，怎麼辦?補充訓練是否需在原先訓練醫院?還是在目前執業的醫療機構即可?本文認為其目的是為了維持並提升專科護理師的素質與保障病人的安全，茲說明如下:

依據本辦法第六條第二項規定，略以：「...補充訓練之應遵行事項，規定如附表二。...」。該附表二已敘明補充訓練對象為已完成附表一訓練課程者，並於原訓練醫院為之。

（一）依據本辦法第六條第二項規定，略以:「...補充訓練之應遵行事項，規定如附表二。...」。該附表二已敘明補充訓練對象為已完成附表一訓練課程者，並於原訓練醫院為之。

（二）應由原訓練醫院依據本辦法第六條第二項規定，略以:「...得視護理師之實際狀況，於其訓練課程完成後，予以補充臨床訓練... ...」。若提報補充臨床訓練之受訓醫院與原訓練醫院不同，如確有補充臨床訓練之必要，則應協調原訓練醫院（需為效期內之訓練醫院），由其提報，並依本辦法第八條第一項規定，略以:「...將訓練期間專科護理師名單登錄造冊，送直轄市、縣(市)主管機關備查。」[331]。

九、有關本辦法第六條所稱專科護理師補充臨床訓練，是指重新學科加上臨床訓練，還是只做臨床訓練 504 小時，或是重新實習即可？訓練內容及時數為何?本文認為其目的是為了維持專科護理師的素質與病人的安全，茲說明如下:

(一)依據本辦法第六條第二項規定，略以：「...訓練醫院得視護理師實

[331] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第六條第二項。

際狀況，於其訓練課程完成後，予以補充臨床訓練[332]；補充臨床訓練應於訓練課程完成日起十八個月內為之。...」。故補充臨床訓練主要針對臨床訓練進行補訓，由原訓練醫院提報補充臨床訓練需求（無需進行學科訓練）。訓練期間並不一定要重新完成 504 小時臨床訓練，而是由原訓練醫院評估該名護理師之狀況，如認有補充臨床訓練之需要，應提出補充臨床訓練計畫，訂定補充臨床訓練之執行內容、訓練時數。

（二）另所稱補充臨床訓練十八個月，是指補充臨床訓練的法定最上限，非以十八個月之補充臨床訓練為必要，原訓練醫院仍應視護理師狀況予規劃補充臨床訓練期間，惟如補充臨床訓練期間結束，該護理師仍未取得專科護理師證書，其僅能執行一般護理師業務，無法執行「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」第三條所列附表之「專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目」。

（三）按本辦法第六條第一項附表一訓練課程所規範臨床訓練內容如下:

1. 與本課程相關之病人照護。

2. 於臨床訓練師資指導下，接受「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」附表所訂項目之相關訓練。

十、專科護理師補充訓練是否有最低應訓練時數之限制？說明: 依據本辦法第六條第二項規定，略以：「...補充訓練之應遵行事項，規定如附表二。...」。該附表二並未規定最低應訓練時數，故可由原訓練醫院依實際需求提報補充訓練計畫訂定之[333]。

十一、如醫療機構為一般外科組及婦產科組專科護理師訓練醫院，預計提報新開婦產科組訓練課程，若只訓練 1 名婦產科組護理師，除醫師師資符合規定外，若只有 1 名婦產科專科護理師師資，師資比例可否為 1:1:1? 或將現有一般外科組專科護理師納為訓練師資以達 1:2:1?

依據本辦法第六條第一項附表一所規範訓練人員資格及師資如下表列，故雖只指導 1 名婦產科組之訓練期間專科護理師，該師資比例仍需符合一名

---

[332] 同前註文279，331。

[333] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第六條第二項。

專科醫師及二名專科護理師為一組規定，另因婦產科組係屬外科之分科領域，故該一般外科組專科護理師可擔任婦產科組訓練課程之分科領域專科護理師資格[334]。

訓練人員資格	訓練師資應包括下列人員，其資格如下： 1. 醫師：應具分科領域之專科醫師資格，並於取得資格後，實際從事該專科工作至少二年。 2. 專科護理師：應具分科領域之專科護理師資格，且實際從事該分科專科護理師工作至少二年。
師資比例	一名專科醫師及二名專科護理師為一組，每梯次每組至多指導八名訓練期間專科護理師。

為何要仔細計算訓練的師資，因為醫療過程可以容許犯錯的空間很小，只有反覆接受醫師的訓練與學習，才是不二法門。本文認為其目的是為了維持並提升專科護理師的素質與確保病人的安全。

十二、如果專科護理師訓練醫院及非專科護理師訓練醫院只有聘請很少的專科護理師；或是專科護理師訓練醫院目前無專科護理師只有訓練專科護理師；或是經教學醫院評鑑合格之非專科護理師訓練醫院委請訓練醫院代為臨床訓練期間，該訓練專科護理師回該非專科護理師訓練醫院完成訓練時數時，該院是否仍需成立專科護理師作業小組？本文認為其目的是為了維持專科護理師的素質與病人的安全以及專科護理師訓練醫院要有實際負責的單位，為專科護理師的學習與訓練把關，茲說明如下:

（一）依衛生福利部認定公告之訓練醫院，其臨床訓練課程師資必須具有專科護理師師資，並應有其師資比例，故應無所指醫院已為訓練醫院，但無專科護理師之情境，先予敘明。

（二）依本辦法第四條規定，略以:「醫療機構以專科護理師及訓練專科護理

[334] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第六條第二項。

師執行監督下之醫療業務者，應成立專科護理師作業小組（以下稱作業小組），由副院長以上人員擔任召集人，護理及醫療部門主管分任副召集人…。」。

（三）另依本辦法第四條之立法說明，專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務，係屬跨專業領域，為使其制度、人員管理及病人照顧更為周全，且能充分研議、討論及制訂，爰規範醫療機構應設作業小組。

（四）如各醫療機構（含專科護理師訓練醫院及非專科護理師訓練醫院)聘有專科護理師及訓練專科護理師執行醫師監督下醫療業務，依本辦法之規定必須成立專科護理師作業小組，係屬一致性之規定，並無排除適用範圍。

十三、依規定醫療機構應成立專科護理師作業小組，請問該小組應隸屬於醫療部或護理部管理?本文認為其目的是為了要求專科護理師訓練醫院要有實際負責的單位，同時也規定由副院長以上人員擔任召集人，除了為專科護理師的學習與考核把關，也表示醫院對專科護理師的重視，茲說明如下:

（一）依本辦法第四條規定醫療機構應成立專科護理師作業小組，略以:「由副院長以上人員擔任召集人，護理及醫療部門主管分任副召集人…[335]。」，故辦法並未規範隸屬醫療機構何部門或管理，建議由各醫療機構考量內部管理與運作之需要，自行規範。

（二）另為整合上開專科護理師作業小組與「專科護理師分科及甄審辦法」附表三之專科護理師專責培育單位之業務，業明定該作業小組得與前述培育單位合併設立之。

---

[335] 同前註文279，專科護理師分科及甄審辦法第四條。

第六章 結論與建議

台灣專科護理師成為醫療過程的一部分已經是一個必然的趨勢。雖然目前已針對專科護理師法做了修正，但是在實務上還是有許多需要克服的問題。修法後雖然對專科護理師的執業範圍包含非侵入性和侵入性醫療行為有了較明確的規範專科護理師臨床執業面臨的困境。出現醫療爭議時，醫師、專科護理師及醫院的法律責任，經由行為分配刑事責任與共同侵權民事責任的角度來分析，本文有做了深入的探討，但仍有許多法律相關議題有待進一步釐清。專科護理師相關法規修法後衛生局及醫療機構應該要有充分的因應準備，並適時提出建議以提升專科護理師的服務品質及確保病人安全。最近衛生福利部又在研擬醫師助理法，要招募醫師助理幫助醫師處理臨床業務。其工作性質與專科護理師幾乎相同，實在沒有必要疊床架屋，多此一舉，因此建議要招集相關單位及學者專家再仔細討論這項政策的優劣和對台灣醫療未來的衝擊。

專科護理師是台灣護理界唯一具有國家證照之進階護理師，大部分之專科護理師服務於急性醫療機構，與醫師共同提供病人醫療和護理之照護業務。專科護理師之執業範圍，法無明文規定，僅由衛生福利部以行政函釋界定，直到「護理人員法」 第24條第3項與第4項規定之增訂以及「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」制定後，始有法源依據。專科護理師執業範圍立法後，專科護理師於醫師監督下得執行醫療業務，亦得依醫師所預立之醫療流程執行醫療業務，而且專科護理師之執業範圍更趨明確，即專科護理師得以執行21 項侵入性醫療業務與9項非侵入醫療業務，此規定為專科護理師專業領域上之重大里程碑，所以我們要瞭解「推動立法或修法」對於護理人員執業權益之重要性。

台灣專科護理師法規未來修正的方向，應朝向明訂專科護理師執業範圍以符合法律明確性原則。醫師指示合法化，醫療輔助行為之定義明確性。建立專科護理師專業能力標準與提升及評估專科護理師執業品質，以及訂立專科護理師訓練醫院更完善的認證標準與訓練醫院評鑑制度。針對以上的問題我們仍然有很多可

以改善的地方。希望有更明確的法律規範，讓合格的專科護理師加入醫療團隊，提升專科護理師的專業能力，制定合理的專科護理師護病比藉以提升醫療服務品質。專科護理師是否可以採輪班制，以符合勞基法一例一休的規定以及避免專科護理師值班觸法的問題。建立完善的專科護理師進階制度 (例如NP1、NP2、NP3、NP4)，同時將低風險的輔助醫療行為再細分風險程度，讓高階的專科護理師與低階的專科護理師執行的輔助醫療內容有所區別，不要讓專科護理師承擔臨床照護上的風險，或甚至觸法可能變成密醫，對於台灣的醫療會有很大的衝擊及影響。

國立政治大學
National Chengchi University

附表四：專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療業務範圍及項目修正對照表(衛生福利部民國 105 年 11 月 21 日修訂)，其範圍及項目包括：

修正規定		現行規定	說明
一、涉及侵入性人體之醫療業務範圍及項目		一、涉及侵入性人體之醫療業務範圍及項目	無修正
範圍	項目	項目	
(一)傷口處置	1. 鼻部、口腔傷口填塞止血。 2. 表淺傷口清創　。 3. 未及於肌肉及肌腱之表層傷口縫合。 4. 拆線。	1. 鼻部、口腔傷口填塞止血。 2. 表淺傷口清創　。 3. 表層傷口縫合。	1. 項目 3 增加「未及於肌肉及肌腱之」之文字，以使表層傷口之定義更清楚。 2. 增列項目 4「拆線」。
(二)管路處置	1.初次胃管置入。 2.Nelaton 導管更換、灌洗或拔除。 3.非初次胃造瘻（Gastrostomy） 管更換。 4.非初次腸造瘻（Enterostomy） 管更換。 5.非初次恥骨上膀胱造瘻（SuprapubicCystostomy）管 更換。 6.胃造瘻（Gastrostomy）管拔除。 7.腸造瘻（Enterostomy）管拔除。 8.動靜脈雙腔導管拔除。 9.Penrose 導管拔除。 10.真空引流管（Hemovac）拔除。 11.真空球形引流管VacuumBall）拔除。 12.胸管（Chest Tube）拔除。 13.肋膜腔、腹腔引流管拔除。 14.周邊靜脈置入中央導（PICC、PCVC）拔除。 15.經皮腎造瘻術（Percutaneous Nephrostomy）引流管拔除。 16.膀胱固定引流管（Cystofix）拔除。 17.周邊動脈導管(Arterial Line) 置入及拔除。	1. 註初次鼻胃管置入。 2. Nelaton導管更換、灌洗或除。 3. 非初次胃造瘻（Gastrostomy） 管更換。 4. 非初次腸造瘻（Enterostomy） 管更換。 5. 非初次恥骨上膀胱造瘻（SuprapubicCystostomy 管 更換。 6. 胃造瘻（Gastrostomy）管拔除。 7. 腸造瘻（Enterostomy）管拔除。 8. 動靜脈雙腔導管拔除。 9. Penrose 導管拔除。 10.真空引流管（Hemovac）拔除。 11.真空球形引流管(Vacuum Ball）拔除。 12.胸管（Chest Tube）拔除。 13.肋膜腔、腹腔引流管拔除。 14.周邊靜脈置入中央導管（PICC、PCVC）拔除。 15.經皮腎造瘻術（Percutaneous Nephrostomy）引流管拔除。 16.膀胱固定引流管（Cystofix） 拔除。	1. 項目 1 刪除「註」，及鼻胃管文字修正為「胃管」。 2. 增列項目 17「周邊動脈導管(Arterial Line)置入及拔除」。
(三)檢查處置	陰道擴張器（鴨嘴器）置入採集檢體。	陰道擴張器（鴨嘴器）置入採集檢體。	無修正

修正規定		現行規定	說明
(四)其他處置	心臟整流術（Cardioversion）。	心臟整流術（Cardioversion）。	無修正
註 1：範圍(一)傷口處置:第 3 項目「未及於肌肉及肌腱之表層傷口縫合」指需局部麻醉或不需麻醉之乾淨傷口(無發炎症狀、未及於肌肉及肌腱)，專師或訓練專師可於醫師監督下執行縫合。 註 2：範圍(二) 管路處置:第 1 項目「初次」指於持續醫療照護期間，該項目之第一次處置。		註：初次指於持續醫療照護期間，該項目之第一次處置。	1.增列註 1 說明。 2.酌修現行規定註解文字，並移列為註 2。
二、未涉及侵入人體之醫療業務範圍及項目		二、未涉及侵入人體之醫療業務範圍及項目	無修正
範圍	項目	項目	無修正
(一)預立特定醫療流程表單代為開立	下列預立特定醫療流程表單之代 為開立： 1.入院許可單。 2.治療處置醫囑。 3.檢驗醫囑（含實驗室及影像）。 4.藥物處方醫囑。 5.會診單。	下列預立特定醫療流程表單之代 為開立： 1.入院許可單。 2.治療處置醫囑。 3.檢驗醫囑（含實驗室及影像）。 4.藥物處方醫囑。 5.會診單。	無修正
(二)檢驗檢查之初步綜合判斷			無修正
(三)非侵入性處置	1.石膏固定。 2.石膏拆除。	1.石膏固定。 2.石膏拆除。	無修正
(四)相關醫療諮詢			無修正

國立政治大學 National Chengchi University

專科護理師進階制度附表

表五專科護理師執業能力指標

執業能力指標	NP Novice	NPI Advanced beginner	NP II Competent	NPIII Proficient	NP IV Expert
臨床執業與成效	1. 利用進階臨床照護及有系統焦點式理學檢查完成10例新進個案評估及記錄。 2. 參與醫療團隊的查房活動及能監測病患對治療的反應，並提出相關書面證明。 3. 依各醫院新進專科護理師訓練規定完成臨床技能，檢附各醫院制定之專科護理師臨床技術訓練手冊訓練證明影本。	利用進階臨床照護及有系統焦點式理學檢查，並依據病人個別性，擬定適當的照護計畫於 (Progress Note)中呈現(共10 例)。	1. 利用進階臨床照護及有系統焦點式學檢查，並配合執行臨床指引於病程紀錄(Progress Note)中呈現(共 10 例) 。2. 參與跨團隊個案討論及提供照護建議。	1. 利用進階臨床照護及有系統焦點式理學檢查，運用實證研究結果於病人的臨床照護，並呈現文獻查證及參考資料，共 10 例。 2. 協調醫療照護團隊成員，提供病人或家屬的照顧計畫。	利用進階臨床照護及有系統焦點式理學檢查，進行臨床決策與判斷。依據臨床病徵訂定問題及鑑別診斷，含實證研究結果及協調醫療照護團隊過程。完成案例分析報告共一例。
教學能力	執行病人/家屬的教育。	提供護理人員教育活動以增進專科護理照護。	1. 提供醫療團隊成員教育活動。 2. 擔任護生或護理人員或專科護理師或其他醫事人員之臨床指導者，二年內指導時數 ≧ 20 小時。	1. 發展/設計護理人員或專科護理師之年度繼續教育課程規劃。 2. 擔任護生或護理人員或專科護理師或其他醫事人員之臨床指導者，二年內指導時數≧40 小時。	1.一年內主持個案討論活動至少 3 次。 2. 三年內擔任學校或學會專業課程教學講師授課至少 6 小時。 3.3 年內擔任培訓專科護理師課程講師至少 50 分鐘。

國立政治大學 National Chengchi University

				以上 4 項，至少須符合三項。	4. 3 年內擔任專業會議或研討會主講者/報告者至少 50 分鐘。 以上第 2、3、4 項，三項中至少須符合二項。
領導/行政/ 研究	收集個人執業之紀錄和資料以支持個人執業之過程與成效。	維護個人執業之紀錄和資料以支持個人執業之過程與成效。	參與品管理活動。	1. 擔任專業學會組織/醫院委員(含護理部)。 2. 擔任專科護理師 Leader。 3. 執行品質改善報告，如 PDCA。 4. 參與照護相關之個報、專案、研究，5 年內以海報、口頭、期刊發表(限第一或通訊作者)	1.在醫院/專業學會擔任領導者的角色。 2.擔任醫事人員的角色楷模(優良專科護理師/優良教師)。 3.設計護理指導單張包含醫療、疾病、技術等領域。 4.執行照護相關之研究成果發表，5 年內以口頭、期刊發表(限第一或通訊作者)。 5.擔任研究主持人/協同主持人。 以上 5 項，至少須符合三項。

參考台灣專科護理師學會網站，本會進階制度辦法，http://www.tnpa.org.tw

國立政治大學 National Chengchi University

表六專科護理師執業能力指標之佐證資料，佐證資料補充說明

臨床執業與成效:為減少個資外洩疑慮，以文章書寫方式呈現個案、臨床指引、協調內容及鑑別診斷。需檢附佐證資料

佐證資料	NP Novice	NP I Advanced beginner	NP II Competent	NP III Proficient	NP IV Expert
臨床執業與成效	1. 完成 10 例新進個案評估及記錄。 2. 醫療團隊的查房並提出相關書面證明。 3. 專科護理師臨床技術訓練手冊訓練證明影本。	完成適當的照護計畫 (於 Progress Note 中呈現)，共 10 例。	1. 配合執行臨床指引完成病程紀錄 (於 Progress Note 中呈現)，共 10 例。 2. 跨團隊個案討論及提供照護建議之會議記錄。	1. 運用實證研究結果於病人的臨床照護，並呈現文獻查證及參考資料，共 10 例。 2. 協調醫療照護團隊成員，提供照顧計畫之會議記錄。	完成案例分析報告共一例。
教學能力	執行病人/家屬的教育之病歷紀錄或護理指導紀錄。	提供護理人員教育活動之在職教育紀錄(包括課程內容、簽到單) 。	1. 提供醫療團隊成員教育活動之在職教育紀錄(包括課程內容、簽到單) 。 2. 擔任護生或護理人員或專科護理師或其他醫事人員之臨床指導者，二年內指導時數≧ 20 小時之證明，可由單位主管或醫院開具。	1. 繼續教育課程規劃內容及成果。 2. 擔任護生或護理人員或專科護理師或其他醫事人員之臨床指導者，二年內指導時數≧40 小時之證明，可由單位主管或醫院開具。	1. 主持個案討論活動之會議紀錄，至少 3 次。 2. 三年內擔任學校或學會專業課程教學課程表。 3. 3 年內擔任培訓專科護理師講師之課程表。 4. 3 年內擔任專業會議或研討會主講者/報告者之議程表
領導/行政/研究			參與品質管理活動之會議紀錄。	1. 擔任專業學會組織/醫院的委員 (含護理部)之佐證資	1. 在醫院/專業學會擔任領導者的角色之佐證資料。

				料。 2. 擔任專科護理師 Leader 之證明。 3. 品質改善之報告，如 PDCA。 4. 照護相關之個報、專案、研究， 5 年內以海報、口頭、期刊發表 (限第一或通訊作者) 之證明。 以上 4 項，至少須符合三項。	2. 擔任醫事人員的角色楷模 (優良專科護理師/優良教師) 之佐證資料。 3. 設計護理指導單張包含醫療、疾病、技術等領域之佐證資料。 4. 執行照護相關之研究成果發表，5 年內以口頭、期刊發表 (限第一或通訊作者) 之證明。 5. 擔任研究主持人/ 協同主持人，之 IRB 同意函。 以上 5 項，至少須符合三項。

國立政治大學 National Chengchi University

表七專科護理師進階制基本條件

項目	NP Novice	NP I Advanced beginner	NP II Competent	NP III Proficient	NP IV Expert
基本條件	1. 具效期的專科護理師證書。 2. 實際執行專科護理師業務。 3. 台灣專科護理師學會活動會員。	1.具效期的專科護理師證書後實際執行專科護理師業務年資滿 1 年。 2. 台灣專科護理師學會活動會員。 3. 具護理學士學位。 4. 申請且符合 NP I 能力指標。	1. 具效期的專科護理師證書後實際執行專科護理師業務年資滿 3 年。 2. 台灣專科護理師學會活動會員。 3. 具護理學士學位。 4. 申請且符合 NP II 能力指標。 5. 三年內參與社區服務活動。	1. 具效期的專科護理師證書後實際執行專科護理師業務年資滿 5 年。 2. 台灣專科護理師學會活動會員。 3. 進修護理碩士研究學分至少 2 學分。 4. 申請且符合 NP III 能力指標。 5. 三年內參與社區服務活動。	1. 具效期的專科護理師證書後實際執行專科護理師業務年資滿 5 年以上。 2. 台灣專科護理師學會活動會員。 3. 取得護理碩士學位。 4. 申請且符合 NP IV 能力指標。 5. 規劃社區服務活動。
佐證資料	1. 具效期的專科護理師證書影本。 2. 在職證明。 3. 台灣專科護理師學會常年會費收據影本	1. 具效期的專科護理師證書影本。 2. 在職證明。 3. 台灣專科護理師學會常年會費收據影本。 4. 護理學士學位畢業證書影本。 5. 台灣專科護理師學會之 NP 進階證明	1. 具效期的專科護理師證書影本。 2. 在職證明。 3. 台灣專科護理師學會常年會費收據影本。 4. 護理學士學位畢業證書影本。 5. 台灣專科護理師學會之 NP I 進階證明。 6. 3 年內參與社區服務活動之邀請函、感謝狀、相片等。	1. 具效期的專科護理師證書影本。 2. 在職證明。 3. 台灣專科護理師學會常年會費收據影本。 4. 護理學士學位畢業證書影本及進修護理相關碩士研究學分證明。 5. 台灣專科護理師學會之 NP II 進階證明。 6. 3 年內參與社區服務活動之邀請函、感謝狀、相片等。	1. 具效期的專科護理師證書影本。 2. 在職證明。 3. 台灣專科護理師學會常年會費收據影本。 4. 護理相關碩士學位畢業證書影本。 5. 台灣專科護理師學會之 NP III 進階證明。 6. 3 年內規劃社區服務活動之計劃書。

參考文獻

教科書

1. 林山田，刑法通論，元照，增訂 10 版，2008 年 1 月。

2. 黃丁全，醫事法，元照出版有限公司，2000 年 7 月，出版一刷。

3. 蘇嘉宏、吳秀玲，醫事護理法規概論，三民書局，2008 年 2 月，修訂 8 版 1 刷，頁 209。

4. 劉文瑢編著，醫事法要義，合記圖書出版社，民國 88 年 11 月初版，頁 159。

5. 黃丁全著，醫事法，月旦出版社股份有限公司，民國八十四年十一月版，頁 77。

6. 曾育裕，醫護法規，五南圖書出版股份有限公司，2007 年 10 月，4 版，頁 86。

7. 李聖隆，醫護法規概論，華杏出版股份有限公司，2001 年，5 版，頁 216。

8. 黃丁全，護理事故的理論與實例，永然文化出版股份有限公司，1999 年 8 月，頁 48。

9. 蔡墩銘，醫事刑法要論，翰蘆圖書出版有限公司，2005 年 9 月，2 版，頁 116–117。

10. 林山田，刑法通論 (下)，1977 年。

11. 黃榮堅，基礎刑法學 (上)，元照，1977 年，頁 121。

國立政治大學 National Chengchi University

12. 廖正豪，過失犯論，三民書局，1993 年，頁 99。

13. 蘇俊雄，刑法總論 I，1995 年，頁 19。

14. 蔡墩銘，刑法精義，翰蘆，2000 年，頁 9。

15. 黃榮堅，刑罰的極限，元照，2000 年 4 月。

16. 曾隆興，現代損害賠償法論五版，1985 年 6 月再版，頁 428。

17. 莇立明，中井美雄，醫療過誤法，青林書院，1994 年，頁 186。

專書

1. 曾淑瑜，醫療過失與因果關係，翰蘆圖書，2007 年 10 月再版。

2. 施茂林，醫病關係與法律風險管理防範，五南圖書出版股份有限公司，2015 年 10 月。

3. 李伯璋、曾平杉，醫療紛爭在臨床醫學與法律實務的探討，新學林出版股份有限公司，2010 年 1 月。

4. 許玉秀，探索過失犯的結構，主觀與客觀之間，1977 年。

專書論文

1. 李聖傑，過失犯罪行為的檢驗–評臺灣板橋地方法院 92 年矚訴字第 1 號刑事判決，民主・人權・正義–蘇俊雄教授七秩華誕祝壽論文集，元照，2005 年 9 月，頁 110－129。

2. 黃榮堅，從醫療疏失論過失概念，刑事法之基礎與界限–洪福曾教授紀念專輯，學林，2003 年，頁 251 以下。

碩士論文

1. 黃芷鈴，密醫犯罪特徵之研究以地方法院判決書為例，國立台北大學犯罪研究所碩士論文，2010 年，頁 28。

2. 徐朝威，發療輔助行為在法規範中之界定，東吳大學法律學系研究所碩士論文，2010 年，頁 177。

3. 黃芷鈴，密醫犯罪特徵之研究–以地方法院判決書為例，國立台北大學犯罪研究所碩士論文，2010 年，頁 28。

4. 林昶燁，從法益保護觀點論醫師法第二十八條密醫罪之立法與解釋，國立台灣大學法律學研究所碩士論文，2009 年，頁 117。

5. 卓育璇，醫療分工與信賴原則–我國與德國法之比較，國立台灣大學法律學院法律學系碩士論文，2008 年 6 月，頁 1 60。

期刊

1. 邱慧洳，蔡秀鸞，童恆新，專科護理師的新時代，護理雜誌，2017 年，64(1)，頁 11–16。
2. 蔡秀鸞，邱慧洳，專科護理師之執業現況與困境，醫療品質雜誌，2014 年，8(1)，頁 24–32。
3. Kleinpell, RM, Hravnak M, Magdic KS, & Guttendorf J. The acute care nurse practitioner. In A. B. Harmric, C.M. Hanson, M. F. Tracy, & E. T. O'Grady (Eds), advanced practice nursing: An integrative approach (5th eds., pp. 429-425). St Louis, MO: Elsevier.

國立政治大學 National Chengchi University

4. Isselbacher, EM; Eagle KA, Zipes DP, et al. Diseases of the aorta. Braunwald. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine 5th. Philadelphia: WB Saunders. 1997: 1546–81. ISBN 0721656633.
5. DeBakey ME, Henly WS, Cooley DA, Morris GC Jr, Crawford ES, Beall AC Jr. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. J Thorac Cardiovasc Surg. 1965–01, 49: 130–49. PMID 14261867.
6. Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, Wuerflein RD, Shumway NE. Managementof acute aortic dissections. Ann Thorac Surg. 1970-09, 10 (3): 237–47. doi:10.1016/S0003–4975(10)65594–4. PMID 5458238.
7. Antero-Lateral Thoracotomy with Partial Sternotomy for Retrograde DeBakey III Type Closing Aortic Dissection Accession number; 06A0069173 Author; SUESHIRO MASAFUMI, HAYASHI SAIHO, KOBAYASHI HIRONORI Journal Title; Japanese Journal of Cardiovascular Surgery Journal Code:Y0192A ISSN:0285-1474 VOL.35; NO.1; PAGE. 21-24 (2006)
8. von Segesser LK, Killer I, Ziswiler M, et al. Dissection of the descending thoracic aorta extending into the ascending aorta. A therapeutic challenge. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1994-10, 108 (4): 755–61. PMID 7934113.
9. Slater, E.; DeSanctis, RW. The clinical recognition of dissecting aortic aneurysm. The American Journal of Medicine. 1976, 60 (5): 625–33. doi:10.1016/0002-9343(76)90496-4. PMID 1020750.
10. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Increased maternal cardiovascular mortality associated with pregnancy in women with Turner syndrome. Fertil Steril. 2006–11, 86 (5 Suppl): S127–8. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.08.082. PMID 17055808.

國立政治大學 National Chengchi University

11. Kamalakannan D, Rosman HS, Eagle KA. Acute aortic dissection. Crit Care Clin. 2007-10, 23 (4): 779–800. vi. doi:10.1016/j.ccc.2007.07.002. PMID 17964363.
12. Shimony A, Filion KB, Mottillo S, Dourian T, Eisenberg MJ. Meta-analysis of usefulness of d-dimer to diagnose acute aortic dissection.. The American journal of cardiology. 2011 Apr 15, 107 (8): 1227–34. PMID 21296332.
13. von Kodolitsch Y, Nienaber C, Dieckmann C, Schwartz A, Hofmann T, Brekenfeld C, Nicolas V, Berger J, Meinertz T. Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome. Am J Med. 2004, 116 (2): 73–7. doi:10.1016/j.amjmed.2003.08.030. PMID 14715319.
14. Suzuki T, Mehta RR, Ince H, Nagai R, Sakomura Y, Weber F, Sumiyoshi T, Bossone E, Trimarchi S, Cooper J, Smith D, Isselbacher E, Eagle K, Nienaber C. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Circulation. 2003, 108 (Suppl 1): II312–7. doi:10.1161/01.cir.0000087386.07204.09. PMID 12970252
15. Nazari S, Salvi S, Aluffi A, Visconti E, Rescigno G, Buniva P. Prosthesis for aortic arch substitution. Ann Thorac Surg. 1997-11, 64 (5): 1339–44. doi:10.1016/S0003-4975(97)00991-0. PMID 9386701.
16. Aluffi A, Berti A, Buniva P, Rescigno G, Nazari S. Improved device for sutureless aortic anastomosis applied in a case of cancer. Tex Heart Inst J. 2002, 29 (1): 56–9. PMC 101273. PMID 11995854.
17. Stefano Nazari: Expandable device type III for easy and reliable approximation of dissection layers in sutureless aortic anastomosis. Ex vivo experimental study. Interact CardioVasc Thorac Surg 2010;10:161–164. doi:10.1510/icvts.2009.216291

國立政治大學 National Chengchi University

18. Jeng Wei, Chung-Yi Chang, Yi-Cheng Chuang, Sung-Hou Sue, Kuo-Chen Lee, David Tung (2009): A new vascular ring connector in surgery for aortic dissection. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 138: 674–7.
19. Woo KM, Schneider JI. High-risk chief complaints I: chest pain--the big three. Emerg. Med. Clin. North Am.2009-11, 27(4): 685–712. doi:10.1016/j.emc.2009.07.007. PMID 19932401.
20. 葛謹，台北市醫公會會刊，2012 年，第 56 卷第 1 期，頁 17–22。
21. Tan SY. Medical Malpractice. New Jersey, World Scientific, 2006, page 21-27; Walston-Dunham B. Medical malpractice law and litigation. New York. Thomson Delmar Learning, 2006; 2–4.
22. Hope T, Savulescu J, Henrick J. Medical ethics and law. Thre core curriculum. 2nd ed. Oxford. Churchill Livingstone, 2008; 49-54.; Mason JK, Laurie GT: Mason and McCall Smith's Law and medical ethics. 7th ed. Oxford, 2008; 305–344.
23. Jackson E. Medical law, text, cases, and materials. 2nd ed. Oxford, 2010; 103-140; Brazier M, Cave E. Medicine, patients and the law. 4th ed. Penguin Boo, 2007; 155–184.
24. 葛謹，信賴原則，台灣高雄地方法院年度醫溯自地號刑事判決評釋，醫學法學，第 16 捲第 2 期，2009 年 5 月，頁 51。
25. 王皇玉，整形美容，病人同意與醫療過失中之信賴原則，月旦法學雜誌，第 127 期，2005 年 5 月，頁 60–61。
26. 吳俊穎、賴慧蓁、陳榮基，組織醫療行為的形式過失責任釐清，月旦法學雜誌，第 202 期，2012 年 3 月，頁 167–168。
27. 張麗卿，信賴原則在醫療過失中之適用–以護士麻醉致死案為例，東海大學法學研究，第 33 期，2010 年 12 月，頁 77。

國立政治大學 National Chengchi University

28. 馬耀中，錯誤醫療行為之刑事責任-德國刑事政策之思考，月旦法學教室，第 180 期，2011 年 10 月，頁 105。
29. 陳子平，醫療團隊與形式過失責任(下)，月旦法學雜誌，第 191 期，2011 年 4 月，頁 160。
30. 馬耀中，醫師刑事責任之探討—以告知義務、因果關係與信賴原則為中心，軍法專刊，第 57 卷第 6 期，2011 年 12 月，頁 35。
31. 蘇嘉瑞，信賴原則在醫療糾紛之類型化與法學實證研究，科技法學評論，第 7 捲第 1 期，頁 257–278。
32. 葛謹，遲來的解釋，台灣桃園地方法院八十八年度易字第二十二號刑事判決評釋，月旦法學雜誌，第 176 期， 2010 年 1 月，頁 293。
33. 張麗卿，無期待可能性，月旦法學教室，第 68 期，2008 年 6 月，頁 18-19。
34. 蔡淑鳳、王秀紅，台灣專科護理師的政策制訂與發展，護理雜誌，第 54 卷第 6 期，2007 年 12 月，頁 6。
35. 邱慧洳，論專科護理師的執業範圍與值班現象，法學論述，2016 年，8 月號，頁 50–66。
36. 邱慧洳，醫療分工，信賴原則與過失責任歸屬–以醫師與護理師間關係為例，法學論述， 2016 年，11 月號，頁 77–90。
37. 蔡拒修，違反醫師罪(密醫罪)修正條文析論，醫事法學，第 10 卷第 1 期，2002 年 3 月，頁 23。
38. 張婷，李選，護理人員因應執行醫療輔助行為引發醫療糾紛之法治觀，醫事法學，第 21 卷第 1 期，2012 年 6 月，頁 54。
39. 王志嘉，淺談虛報醫療費用與刑事詐欺罪，軍法專刊，第 57 卷第 27 期，2011 年 4 月，頁 125。
40. 曾育裕，醫師法制對醫師執業資格條件之法律分析，全國律師，第 15 卷第 9 期，2011 年 9 月，頁 89。

國立政治大學 National Chengchi University

41. 張麗卿，實習醫師無照行醫的例外允許–與談: 遲來的解釋–台灣桃園地方法院八十八年度易字第二 00 二號刑事判決評釋，月旦法學雜誌，第 176 期，2009 年 12 月，頁 298。

42. 王紀軒，密醫罪或業務過失犯罪–以新時代診所為例，高大法學論叢，第 6 卷第 2 期，2011 年 3 月，頁 193。

43. 郭吉助，論醫學法律上之醫療行為(一) 由法制面談起，法務通訊，第 2379 期，2008 年 2 月，頁 3。

44. 陳鋕雄，遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務，中原財經法學，第 22 期，2009 年 6 月，頁 61–62。

45. 王服清、戴鈞宏、李怡玲，不確定法律概念與法律明確性原則之解析以醫藥法下的醫療業務行為為中心，醫事法學，第 17 期，2010 年 6 月，頁 70 。

46. 邱慧洳，依法律觀點論專科護理師之執業範圍，醫事法學，2012 年 12 月，頁 68，73。

47. 郭吉助，論醫學法律上之醫療行為(二) 由法制面談起，法務通訊，第 2380 期，2008 年 3 月，頁 4–5。

48. 蔡淑鳳、王秀紅，台灣專科護理師的政策制訂與發展，護理雜誌，第 54 卷第 6 期，2007 年 12 月，頁 5–10。

49. 陳忠五，醫療行為與消費者保護法服務責任之適用領域，台灣台北地方法院八五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八十七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決評釋，台灣本土法學雜誌，第 7 期，2000 年 2 月，頁 37。

50. 翁文能，由社會的需求看專科護理師的角色，台灣醫界，第 53 期，2010 年，頁 26–27。

51. 童恒新、蔡秀鸞、王采芷，台灣專科護理師職業現況調查，台灣醫學，第 14 卷第 3 期，2010 年 5 月，頁 264–271。

國立政治大學 National Chengchi University

52. 邱慧洳，依法律觀點論專科護理師之執業範圍，醫事法學， 2012 年 12 月，頁 65。

53. 蔡振修，違反醫師罪-密醫罪修正條文析論，醫事法學，第 10 卷第 1 期，2002 年 3 月，頁 23。

54. 張瑀玲、林欣欣，從美國急症執業護理師看台灣專科護理師之發展，長庚護理，第 19 期，2008 年 6 月，頁 212–217。

55. 王曼溪、林文綾，專科護理師的養成與發展，護理雜誌，第 54 卷第 2 期，2007 年 12 月，頁 11–15。

56. 唐婉如、葉青惠，專科護理師的養成與發展，護理雜誌，第 54 卷第 2 期，2007 年 4 月，頁 85–90。

57. 魏倩雯、童恆新、林秋芬、孫吉珍、史曉寧，台灣北部地區醫院專科護理師自我角色知覺，護理雜誌，第 58 卷第 2 期，2011 年 4 月，頁 22–30。

58. 易成、侯怡慧、馬素華、唐婉如、陳文哲，北部醫學中心專科護理師對自身角色的看法，護理雜誌，第 55 卷第 3 期，2008 年 6 月，頁 31–38。

59. 郭吉助，醫事法律上之醫療行為(一)由法制面談起，法務通訊，2008 年 2 月 28 日，第 2379 期，頁 3–6。

60. 郭吉助，醫事法律上之醫療行為（二）由法制面談起，法務通訊，2008 年 3 月 6 日，第 2380 期，頁 3–5。

61. 蔡振修，違反醫師罪(密醫罪)修正條文析論，醫事法學，第 10 卷第 1 期，2002 年 3 月，頁 23。

62. Increasing the number of full-time RNs on staff per day by one, there were 9 percent fewer hospital-related deaths. In intensive care units, 16 percent fewer in surgical patients and 6 percent fewer in medical patients . Healthcare Risk Management, February, 2008.

國立政治大學 National Chengchi University

63. Patients cared for in hospitals with higher RN staffing levels were 68% less likely to acquire a preventable infection, according to a review of outcome data of 15,000 patients in 51 U.S. hospitals. Medical Care, June, 2007.
64. Improved RN staffing ratios are associated with a reduction in hospital-related mortality, failure to rescue, and lengths of stay. Every additional patient assigned to an RN is associated with a 7% increase in the risk of hospital acquired pneumonia, a 53% increase in respiratory failure, and a 17% increase in medical complications. Agency for Healthcare Research and Quality, May, 2007.
65. Patients hospitalized for heart attacks, congestive heart failure, and pneumonia are more likely to receive high quality care in hospitals with better RN staffing ratios. Archives of Internal Medicine, December 11/25, 2006.
66. If all hospitals increased RN staffing to match the top 25% best staffed hospitals, more than 6,700 in-hospital patient deaths, and, overall 60,000 adverse outcomes could be avoided. The findings do not include the ancillary value to families of reduced morbidity, such as decreased pain and suffering and days lost from work, and huge economic savings for the hospitals. Health Affairs, January/February, 2006.
67. Cancer surgery patients are safer in hospitals with better RN-to-patient ratios. A study of 1,300 Texas patients undergoing a common surgery for bladder cancer documented a cut in patient mortality rates of more than 50%.Hospitals with low volume on cancer procedures can match standards of high volume urban medical centers just by increasing their RN ratios. Cancer, Journal of the American Cancer Society, September, 2005.
68. Cutting RN-to-patient ratios to 1:4 nationally could save as many as 72,000 lives annually, and is less costly than many other basic safety interventions

國立政治大學 National Chengchi University

common in hospitals, including clot-busting medications for heart attacks and PAP tests for cervical cancer. Medical Care, Journal of the American Public Health Association, August, 2005.

69. Chances of a hospital patient surviving cardiac arrest are lower during the night shift because staffing is usually lower at night, even though cardiac arrest occurs at all times of day or night according to a report on 17,991cardiac cases from 250 hospitals. Annual meeting, American Heart Association, November, 2003.

70. The Institutes of Medicine of the National Academy of Sciences reports that "nurse staffing levels affect patient outcomes and safety." Insufficient monitoring of patients, caused by poor working conditions and the assignment of too few RNs, increases the likelihood of patient deaths and injuries. IOM, November 4, 2003.

71. Inadequate staffing precipitated one-fourth of all sentinel events — unexpected occurrences that led to patient deaths, injuries, or permanent loss of function — reported to JCAHO, the Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations, from 1997 to 2002, JCAHO, August 7, 2002.

72. Up to 20,000 patient deaths each year can be linked to preventable patient deaths. For each additional patient assigned to an RN the likelihood of death within 30 days increased by seven percent. Four additional patients increased the risk of death by 31% .Journal of the American Medical Association (JAMA), October 22, 2002.

73. 林東茂，信賴原則適用範疇與界限，東海法律研究，第 11 期，1999 年 12 月，頁 134。

74. 林東茂，過失犯罪，法學講座，第 13 期，2003 年 1 月，頁 14 以下。

國立政治大學 National Chengchi University

75. 曾淑瑜，信賴原則在醫療過失中之適用，月旦法學雜誌，第 28 期，1997 年 9 月，頁 85。

76. 陳怡安，醫療服務嚴格責任之解釋論–兼評「肩難產案」判決，法學叢刊，第一七二期，民國 87 年 10 月。

77. 林欣柔、楊秀儀，告別馬偕肩難產事件？新醫療法第八十二條第二項評析，月旦法學雜誌，第 112 期，2004 年 9 月，頁 25–26。

78. 許政賢，臺灣消費者保護法的創新與挑戰–二十週年的反思，月旦民商法雜誌，第 45 期，2014 年 9 月，頁 38–55。

79. 許政賢，消費訴訟的表見證明，台灣法學雜誌，第 191 期， 2012 年 1 月，頁 187–191。

80. 黃立，消費者保護法對醫療行為的適用，律師雜誌，第 217 期，1997 年 10 月，頁 74。

81. 李聖隆，醫療衛生事務與消費者保護法的關係，律師通訊，第 175 期，1994 年 4 月，頁 17–18。

82. 陳聰富，醫療法：第五講–醫療侵權之歸責原則(上)，月旦法學教室，第 75 期，2009 年 1 月，頁 91。

國立政治大學 National Chengchi University