

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士學位論文

醫療法律糾紛之解決途徑研析－

以大腸直腸肛門科為核心

Critical Analysis of the solutions to medical malpractice claims –

from a colorectoanal surgeon's point of view

指導教授：王文杰 博士

研究生：林天立 撰

中華民國一〇八年七月

誌 謝

什麼是小日子?有人說，追求常民生活的美好；有人說，三頓顧好，不用為生老病死與教育發愁；有人說，療癒飲食、美感居家、簡單生活帶來的小確幸；有人說，這是對低成長現實的一種逃遁；有人說，這是富過三代的一種進步品味。黃金淘客的小日子是從星期六的清晨五點半開始的。

星期六的清晨五點半，黃金淘客從孫燕姿的「遇見」音樂聲中被叫醒，拎著書包準備上學去。喔不，他得先把當天早上的工作做完。他六點鐘先去醫院幫三位病患做大腸鏡檢查，緊接著七點整看早安門診，八點查房後便啟程前往台北木柵政大校本部上學。這是他每週最期待的一天。黃金淘客因工作的關係，平日與黃金(俗稱大便，屎，米田共)為伍，專精於賽共(糞管，又稱大腸)，專看眼科(不看左眼，亦不看右眼，只看屁眼)。因為味道太特別了，常受到同儕歧視，在開刀房中老是被外科系其他科別同事排擠。因此他發「糞」圖強，到政大來學法律，期待能脫離一介賤民，進入法律之門，Before the Law 的劇情，就此展開。

法律的課程實在太精彩了。有什麼「私法自治，契約自由」「一物一權」「債權行為物權行為分離主義」「無罪推定原則」「犯罪行為三階段理論」「相當因果關係」「客觀歸責理論」。老師說，他只是法律這道門的看守者之一，雖然有權力，但卻是最卑微的。門裡面的其他看守人，比我更有權力，連我都不敢去看他們的模樣。法之門雖是敞開的，但既然老師如此說，那最好還是相信他，等到許可後再進入。於是，黃金淘客在課堂上認真聽講，努力做筆記。「舉證責任轉換」「刑事附帶民事」，用你賺八輩子的錢都賠不起。我懷著既敬畏又崇拜的心情，認真的抄寫筆記。「不可想像其不存在之條件 即為結果之原因」抄著抄著，突然感覺一陣眩暈，法律課程實在太有魔力了。

下課後午餐時間，可以品嚐政大周圍的各式美食，是黃金淘客最期待的小確幸。他嚐試了每一家餐館，體會出一個心得，那就是點餐時，選價格最高的那項就對了。黃金淘客吃不起台北市中心的高檔餐廳，但在政大附近的餐館，有能力享用該餐廳最高檔的佳餚，讓黃金淘客重新拾回那被遺棄許久的自信。慵閒的午餐後，回到校園，坐在野餐桌前，享用橘菓子的葡萄柚綠茶，吸著果粒，望著熙來攘往的小學妹們，深深的感覺到，年輕真好。他忽然想起「法律之門」的那段景象：一天過一天、一年又一年，直到鄉下人年老氣衰，在接近生命終點之際，

他以微弱的聲音問那位看門人：「每個人都想到達法之前，但為什麼我等了這麼多年，卻沒有一個人來求見法？」看門人聽出鄉下人衰竭的話語，回答道：「除了你，沒有人能獲准進入這道門，因為它是專為你而開的，但現在我要去關上它了！」黃金淘客知道，待會兒五點有一台痔瘡要等著他操刀，他得起身準備出發了。……這就是黃金淘客的小日子

轉眼間，八年過去了，畢業論文，終於在搶救雷恩大兵的情境下誕生。本論文之完成，首先要感謝師母的積極鼓勵，衷心感謝恩師王文杰教授排除萬難不吝收留、耐心提點與悉心指導。感謝內人秋玉在這段時間無怨無悔的付出、陪伴與支持，讓我無後顧之憂。在論文撰寫的過程中，更要感謝女兒允云，提供資料彙整校訂、圖表分析整理及文辭潤色之幫助，讓我能順利完成。再次感謝兩位論文口試委員，輔仁大學法學院院長郭土木教授及本校周振鋒副教授在百忙之中，撥冗賜教，不吝給予指導及專業之修正意見，以補強論文內容之不足。最後，期望自己能藉由本論文研究結果的具體建議，保障病人權益、促進醫病和諧、提升醫療品質，對民眾的醫療健康權利的保障，社會的和諧，做出貢獻。

林天立 謹識

于政大法學院

民國 108 年 7 月

中文摘要

醫療糾紛，是醫者最沉痛的試煉。時代變遷，病患權利意識逐漸抬頭，醫療環境已發生前所未有的改變。本論文以一位大腸直腸肛門科醫師，剖析親身經歷血淚交織的醫療糾紛個案，統整出相關法律議題，從涉及實務操作面向之醫療行為同意書的簽署、診斷書之開立、醫療鑑定之運作；制度層面的醫療事故預防與補償機制、非訟調處等，做深度探討。本文貴於真實，旨在提出解決方案。

本研究結論：醫療糾紛的解決對策，須從醫糾的根源，醫療不良事件發生的預防，以免責為基礎、完善的病人安全制度做起；而和諧的醫病關係與良好的溝通技巧、善盡說明義務及鼓勵尋求第二意見、跨領域團隊合作照護及醫病共享決策，來防止爭議的產生；一旦從爭議轉變成糾紛，專業的醫療事故關懷處理團隊、善用有調解前「初步鑑定」程序的醫療糾紛非訴訟調處機制、社會救助及社會保險制度的適時介入、醫療專業責任保險與互助會適度移轉風險、為傷害止血；而法律制度面，秉持「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「預防除錯提升品質」三大原則的「醫療事故預防及爭議處理法」；以界定明確的醫療事故項目制定「大腸鏡醫療事故救濟條例」；醫院為醫師投保醫師業務責任保險，及醫事人員強制責任保險，應立法予以保障。

由於醫療糾紛的特殊性，法庭不是醫病雙方最好的對話空間，進入訴訟程序，只是掉入另一個泥沼，對彼此都是傷害的延伸。讓醫師在醫院努力對抗疾病，不用浪費時間到法庭來打訴訟；讓病人在醫院接受最完整的治療，而不是奔波在法院重提舊傷口，才是最好的結果。

關鍵字：醫療糾紛、醫療事故、大腸直腸肛門科。

THESIS ABSTRACT
MASTER OF LAWS PROGRAM FOR EXECUTIVES
COLLEGE OF LAW
NATIONAL CHENGCHI UNIVERSITY

NAME : Tien-Li Lin

MONTH/YEAR : JULY , 2019

ADVISER : Wen-Chieh Wang

TITLE : Critical Analysis of the solutions to medical malpractice claims: from a colorectal surgeon's point of view

Medical malpractices are the bitterest ordeals for doctors. As times change, the awareness of patients' rights had gradually risen, and the medical environment has undergone unprecedented changes. In this paper, the author analyzed cases of medical disputes that he himself has experienced as a colorectal surgeon, and integrated relevant legal issues from the signing of medical consent, issuing the certificate of diagnosis and the operations of medical assessment, to the prevention and compensation mechanism of medical malpractices at the institutional level as well as non-litigation mediation for an in-depth discussion. The article is valued for its authenticity and genuineness and aims to propose viable solutions.

The conclusion of this study is that the solutions to medical disputes should start with the prevention of the cause of medical malpractice claim, and the improvement of patient safety system based on exemption. Harmonious doctor-patient relationship, good communication skills, elaboration of obligations, encouragement to seek a second opinion, cross-disciplinary teamwork, health care as well as shared decision making can all help to prevent disputes from arising. Once a controversy turns into disputes, the professional medical

malpractice care team should be established, and it should make good use of non-litigation mediation mechanism with pre-mediation “preliminary appraisal” procedure. There should be also the timely and proper intervention of social assistance and social insurance system. Medical professional liability insurance and mutual assistance should also intervene appropriately to stop the situation from further deteriorating. In terms of the legal system, the “medical malpractice prevention and dispute resolution act” with the three principles of “immediate care for medical malpractice”, “preliminary mediation of medical dispute” and “prevention and removal of errors for quality improvement” should be adhered. To define clearly the medical malpractice items, the “regulations on the relief of colonoscopy medical malpractice” should be established. It should be guaranteed by legislation that hospitals should take out an insurance policy for medical professional liability insurance and compulsory liability insurance for medical personnel.

For the particularity of medical malpractices, courts are not the best place for dialogue between doctors and patients. Entering the litigation process is just falling into another quagmire, and is simply an extension of the harm to each other. It is best to let doctors fight diseases in the hospital instead of wasting time in court. Allowing the patient to receive the most complete treatment in the hospital without rushing to the court to reopen the wounds is the best outcome.

Keywords: medical dispute, medical malpractice, colorectal surgery division

目 錄

誌謝.....	iv
中文摘要.....	vi
英文摘要.....	vii
目錄.....	ix
圖目錄.....	xi
表目錄.....	xii
第一章 緒論.....	1
第一節、研究背景.....	1
第二節、研究動機.....	2
第三節、研究目的.....	4
第四節、研究方法.....	5
第五節、論文架構.....	5
第二章 醫界面對醫療糾紛的現況與困境.....	7
第一節、醫療行為的性質.....	7
第二節、醫界與病家面對醫療糾紛的攻防.....	7
第三節、醫療風險與醫療過失區辨的困境.....	11
第四節、病人自主權與醫療裁量權的消長.....	16
第三章 大腸直腸肛門科醫療範疇.....	21
第一節、大腸直腸肛門科常見疾患.....	21
第二節、無痛內視鏡檢查及手術.....	41
第三節、大腸直腸肛門科特殊醫療風險.....	43
第四章 醫療糾紛案例研析.....	45
第一節、足部生蛆死亡案.....	45
第二節、鏡檢後大腸發炎剖腹探查案.....	48
第三節、鏡檢時大腸穿孔剖腹修補案.....	52

第四節、鏡檢後腹內大出血案.....	55
第五節、喝鹽酸自殺胃腐蝕破裂被質疑延誤病情案.....	58
第六節、被誣陷詐領保險金案.....	61
第五章 醫療糾紛案例相關法律議題詳析.....	65
第一節、業務過失致死，以刑逼民.....	65
第二節、醫療事故預防及爭議處理的法制化.....	67
第三節、醫療糾紛非訴訟調處機制.....	72
第四節、醫療鑑定.....	75
第五節、醫療事故補償制度.....	77
第六節、醫糾賠償與醫療業務責任險.....	80
第七節、醫療行為之同意書簽署.....	84
第八節、診斷證明書的開立與保險爭議.....	90
第九節、網路霸凌.....	97
第六章 醫療糾紛解決對策.....	101
第一節、完善的病人安全制度.....	101
第二節、和諧的醫病關係與良好的溝通技巧.....	103
第三節、善盡說明義務及鼓勵尋求第二意見.....	104
第四節、跨領域團隊合作照護及醫病共享決策.....	105
第五節、專業的醫療事故關懷處理團隊.....	107
第六節、善用醫療糾紛非訴訟調處機制.....	110
第七節、社會救助及社會保險制度的適時介入.....	112
第八節、醫療專業責任保險與互助會適度移轉風險.....	119
第九節、審慎的法律制度修訂.....	123
第七章 結論.....	125
參考文獻.....	127

圖目錄

圖 3-1 消化系統疾病.....21



表目錄

表 4-1	醫糾案例一覽表.....	63
表 4-2	醫糾案例衍生相關法律議題一覽表.....	64
表 8-1	醫院員工關懷風險互助會與醫療人員業務責任保險比較表.....	122



第一章 緒 論

第一節、研究背景

我出生在一個很多親戚都是醫生的家庭，叔叔是醫生，叔公是醫生，好幾位曾叔公也是醫生。從小父母就鼓勵我好好讀書，將來跟他們一樣，做個醫生。

叔公非常疼我，小時候常去他家玩，也因此參與了小鎮醫生的日常。由於鄉下交通不便，有些年長的病人無法來診所就醫，叔公會特別撥出時間，提著卡邦，一個牛皮做的大公事包，裡面裝著聽診器、針筒、藥材等，開一台小小的速霸陸麵包車前往病患家裡。我呢，就坐在車子的右前方，當他的小助手，幫忙顧車。四五十年前的屏東鄉下，相當純樸，叔公甫從台北帝大，也就是現在的台灣大學醫學系畢業，回到故鄉屏東高樹鄉，在市場旁客運站附近開了一家診所。每天從清晨開始看診到晚上九點多，病患全部看完才休息。

叔公家就在診所樓上，家裡有助手阿玉叔公、兩位很會煮菜的歐巴桑和許多護士阿姨，庭院有園丁在整理花草樹木，百花盛開，果樹結實纍纍。還養了幾隻水鹿、一大群鴿子、一隻大狼狗。我有時候到診間看叔公用聽診器替病人聽診。那是一個黧面的魁儡婆仔(臉上有刺青的原住民老太太)，撩起衣服，露出兩條像木瓜一樣的乳房，叔公拿起聽診器頂開垂下的乳房，仔細聆聽她心臟跳動的聲音，護士阿姨扶著我的肩膀，要我乖乖站好，別亂動；有時候，我跑到藥局幫護士阿姨包藥。我五歲就會包藥，那是用一張正方形薄薄的紙張，將藥丸或磨好的藥粉，分裝於紙中央，然後用特殊的折疊方式把藥包起來；有時候，我會到注射室，看阿玉叔公幫病人打針，那時候的針筒是玻璃做的，針頭要用酒精燈烤過消毒，打靜脈時，進針後要回抽，讓一點點血回流進針筒，這樣才確定有打進血管中，我看到血，一點也不害怕；有時候，我就到院子裡摘棗子，拿構樹的枝葉餵水鹿；有時候，提著水桶去找果樹旁的泥土小洞，灌肚猴。每當我去叔公家住，嬸婆就會幫我準備一套新的內衣褲、一雙蘇里巴。每年農曆過年，叔公都會帶家人，開著那台速霸陸麵包車出遊。有一年，他帶上我一起去廬山溫泉旅行。那時，小小的麵包車內，坐著嬸婆、舅舅、阿姨、阿玉叔公……總共八個人。我們行經月世界，最後抵日式的溫泉旅館。與叔公相處的時日總是美好，也使我更加確立成為醫生的志向。

讀初中時，換三叔出來開業，就在我家附近的大馬路旁，一間外科骨科婦產科診所悄悄掛上了招牌。考上建中後，晚上經常去他診所幫忙。建中畢業後順利就讀陽明醫學院醫學系，並於台北榮總實習，醫學院畢業服兩年兵役，擔任海軍陸戰隊少尉醫官。服役期間，取得醫師執照，通過公職醫師高等考試。退伍，從台北榮總外科住院醫師做起，次專科選擇大腸直腸外科。五年完整而扎實的訓練，考取外科、大腸直腸外科、消化系外科專科醫師執照，取得專科醫師及次專科醫師資格。當時陽明醫學院專門培育公費醫師，訓練結束後要下鄉服務。我也因此回到了故鄉宜蘭。宜蘭地區大腸直腸肛門科專科醫師缺乏，甫下鄉蘇澳榮民醫院服務，就有縣內他家醫院請求支援。隨經驗的累積、口耳相傳的好評，陸續有多家醫院邀我開設大腸直腸肛門科門診，包含公立醫院、財團法人醫院、教會醫院，讓我有機會，為更多鄉親朋友提供專業的服務。我身上重疊叔公的身影，小鎮不能沒有醫生，然則醫生的一生有道難以避免的試煉——醫療糾紛。大部分的醫師，固定服務於一家醫療機構，而我的情況較特殊，於四家醫院奔走。當醫療事故發生，我會視病情的嚴重程度，將病患轉到設備更完善，同時為我兼職的醫療院所進一步處理。

目前在台灣，醫療機構分診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心四個層級，每個層級有相應的設置標準及適用該層級醫院的健保給付標準，病患可以依病情至適合的醫療機構就醫。以大腸鏡檢查為例，可以到設置有大腸鏡設備及具有腸胃科或大腸直腸肛門科專科醫師的專科診所或地區醫院檢查，既方便又省時。若發現有大腸癌，或是做大腸鏡過程中發生棘手的醫療事故(如破裂穿孔)，則藉由轉診制度，轉由區域醫院或醫學中心接續處理。我服務的四家醫院，兩家屬於地區醫院，兩家則屬區域醫院。各家醫院，對於醫療糾紛的應對，都有各自一套系統，處理的 SOP，存有些許差異。藉由發生在自己身上，於不同醫院上演的醫療糾紛事件，我了解各個醫院處理醫療糾紛的組織架構及方式，這也造就此篇論文具備多方觀察途徑與實務經驗的獨特基底。

第二節、研究動機

時代變遷，病患權利意識逐漸抬頭，醫生已不如過往處處受人尊敬，偶爾會有病患對你的醫療服務有意見、爭議，甚至爆發糾紛。在蘇澳榮民醫院服務半年

後，發生我行醫生涯第一件醫療糾紛。

在我那個年代，想當醫生讀的是第三類組。念第三類組社會科課程是根本不用碰的。所以在我大學畢業之前的求學過程中，法律方面知識，完全空白。當我開始執行醫療業務時，對法律的認知，還停留在「醫生千萬不要被病人告，被告了就可能被抓去關，賺一輩子的錢都不夠你賠」的階段。也因此遭逢首件醫療糾紛時，我特別惶恐。經歷幾件醫療糾紛後，深感法律知識的不足，於是下定決心讀法律研究所，也促成這篇研究的產生。

醫療糾紛，是醫者最沉痛的試煉。從事大腸直腸肛門科二十五年，每當夜深人靜，曾經的創口會不經意浮現。我常想，從哪裡跌倒，就要有勇氣從那裡站起來，不能輕易被擊潰。它牽涉太多法律議題，一件醫療糾紛如果是個汗點，對法律領域的陌生會在這個點後投射好幾倍大的陰影。不安，因無從預測家屬會採取何種手段；恐懼，是擔心會不會坐牢，賠償的金額是否工作一輩子都負擔不起？面對家屬無理的抱怨與指責怒不可遏——為何我全心全力的照顧醫治你的家人，你們卻怪我沒把他醫治好，還到處投訴我，要告我，揚言要來醫院丟雞蛋撒冥紙找媒體民意代表開記者會？

事隔多年，放下憤怒，以同理心面對。如果我是病家，我是不是也會採取同樣的手段？病患的身心靈，家屬的身心靈，是否因為我的緣故，蒙受不可磨滅的傷害？每當想到這，我必需自問：我真的沒有過失嗎？這是場歷經歲月數十載淘洗後心境的轉化。試煉的裂痕在我心中漸漸能斟滿陽光。此際內心洶湧的波濤，已化為誠實面對的動力，我提起勇氣，著手調閱院方封存已久的祕密檔案，逐字審閱當時的事件會議紀錄，從各種角度，重新檢視，而非拼湊事件的全貌。

至今我蒐羅不少醫療糾紛相關報導、文章和研究，從媒體的眼、輿論的嘴，殿堂學者的高度，協助處理醫療糾紛院方各工作人員的廣度，然則，鮮少看到醫師當事人出來親自剖析，深度探討。原因之一，是談起這些案例如同傷痛被下載兩次，而我選擇從實務面、執行面重新編輯記憶。探討造成糾紛的癥結，回顧事件的處理過程，找出事前預防的方法，尋求解決事件更周全的途徑，解開深藏內心多年的疑惑，看能否消除心中夢魘。更希冀藉由本論文的研究結果，保障病人權益、提升醫療品質，對民眾的醫療健康權利保障及醫病和諧做出貢獻。

第三節、研究目的

以重新面對醫糾事件，歸納沉積心中多年的疑問為出發點，本文貴於真實，旨在提出解決方案，闡明本文研究的目的如下：

一、 「以刑逼民」如何遏止：

病家動輒以業務過失致死為由啟動檢方調查，移送法院審理。若刑事案件判處有罪，連帶提出民事賠償，此種訴訟模式所引起的濫訴現況，究應如何避免？

二、 各式醫療糾紛調處管道，如何妥善運用：

醫療糾紛發生，病家找民意代表施壓，如何應對？家屬要求院方病情說明，院方主持病情說明會，如何面對？衛生局行文通知雙方調處，由調解委員主持，「坐下來談」，如何因應？多元的醫療糾紛非訴訟調處管道何者為佳？

三、 知情同意，醫療行為之同意書簽署效力為何：

詳細充分告知後，病患或家屬簽具同意書，就代表病患真正了解、知情同意嗎？執行侵入性檢查或手術，都要簽具侵入性檢查同意書，手術同意書以及麻醉同意書，這些同意書如何制定？

四、 民事賠償的金額，如何估算：

稍有醫療服務的疏失造成損害，就要求財產損害賠償，調處和解後往往要求一筆賠償金。民事告訴、精神賠償的金額，漫天喊價數見不鮮，如何看待？需要投保醫療業務責任保險嗎？

五、 如何預防醫療糾紛的發生，弭平於無形：

醫療不良事件的發生，常常是醫療糾紛的起始點，但不一定會發生醫療糾紛。如何在起始點防範醫療不良事件的發生，避免觸發醫療糾紛的導火線？

六、 醫療事故預防及爭議處理是否需要法制化：

從「醫療法第八十二條」之修正及其配套「醫療事故預防及爭議處理法」、「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」觀之，談醫療事故的預防及後續處理法制化的必要性及盲點？民眾遭遇醫療事故是否可以尋求社會福利制度或社會保險的資源？

七、 保險相關爭議：

病患跟保險公司發生理賠糾紛，醫生竟然也牽連其中，應如何拿捏？

八、 網路霸凌相關議題：

發生醫療爭議，透過網路或留言板發布涉及人身攻擊的文字，指名道姓，只要輸入名字當關鍵字搜尋，醫療爭議個案的隻字片段就會再次顯現，造成名譽上的傷害，所涉及的法律問題為何？如何解決？

九、 實務面的醫療糾紛對策：

經數次醫療糾紛的實戰經歷詳析檢討，提出我的個人看法及建議。

第四節、研究方法

藉由親身經歷的醫療糾紛個案研究，經根本原因分析、探尋真因，歸納法律相關問題意識，並提供經驗總結——從實務面道出見解，從執行面踏實解決，建構本個案研究。

第五節、論文架構

本論文以緒論、醫界面對醫療糾紛的現況與困境、大腸直腸肛門科醫療範疇、醫療糾紛案例研析、醫療糾紛案例相關法律議題詳析、醫療糾紛解決對策及結論七個章節組成，各章內容分述如下：

第一章為緒論，針對研究背景、研究動機、研究目的，及本論文之研究方法與論文架構詳加說明。

第二章闡述醫界面對醫療糾紛的現況與困境，從醫療行為的性質、醫界與病家面對醫療糾紛的攻防、醫療風險與醫療過失區辨的困境、病人自主權與醫療裁量權的消長做介紹及說明。

第三章介紹大腸直腸肛門科醫療範疇，探討大腸直腸肛門疾患及保健、相關處置及檢查，聚焦於本科特殊的醫療風險及醫療不良事件，這往往成為從事大腸直腸肛門科發生醫療糾紛的起因。

第四章為醫糾案例研析，詳細敘述行醫過程血淚交織的醫療糾紛案例，共六個案例：足部生蛆死亡案、鏡檢後大腸發炎剖腹探查案、鏡檢時大腸穿孔剖腹修補案、鏡檢後腹內大出血案、喝鹽酸自殺胃腐蝕破裂被質疑延誤病情案、被誣陷

詐領保險金案。

第五章醫糾案例相關法律議題詳析，涉及實務操作面向之醫療行為同意書的簽署、診斷書之開立、醫療鑑定之運作；制度層面的醫療事故預防與補償機制、非訟調處……，皆為本章核心。

第六章醫療糾紛解決對策，舉凡完善的病人安全制度、和諧的醫病關係與良好的溝通技巧、善盡說明義務及鼓勵尋求第二意見、跨領域團隊合作照護及醫病共享決策、專業的醫療事故關懷處理團隊、善用醫療糾紛非訴訟調處機制、社會救助及社會保險制度的適時介入、醫療專業責任保險與互助會適度移轉風險、審慎的法律制度修訂，共九大面向。

第七章提出個案研究結果的具體建議，盼望兼及醫者的情懷及法律人的敏感，對醫糾領域研究的長河注入渺小但堅定的流淌，當手術刀劃過肉身，當判決迴響耳際，人間許多冰冷的剎那，在醫病關係中成為最滾燙的記憶。文字的爬梳能使憤懣及悲情冷卻，讓反省及前進的心念在字句間，維持最剛好的溫度。

第二章 醫界面對醫療糾紛的現況與困境

第一節、醫療行為的性質

我國國內法對於何謂「醫療行為」並無直接明文定義，然而針對醫師法第 11 條規範「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」¹之內容作白話見解，是指診察、治療、開給方劑和交付診斷書等行為即為醫療行為。相關政府部門對「醫療行為」曾作出以下函釋：衛署醫字第 8156514 號函釋及衛食字第 091002479 號函釋，指出：「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。」衛署醫字第 0910062996 號內容²則表示：「按醫師法第 28³ 條所稱醫療業務之行為，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，均屬之。」

融彙上述見解，界定出醫療行為的判定標準應為以下三要素：

- 一、是否以治療矯正或預防為目的。
- 二、是否有診察診斷及治療行為。
- 三、是否有用藥或處置行為。

第二節、醫界與病家面對醫療糾紛的攻防

一、醫療糾紛之定義

廣義而論，醫療糾紛泛指醫病間一切爭議，無論爭議係發端於費用爭執、態度爭執、醫療傷害的爭執，及其他與醫療相關的爭議；而狹義的醫療糾紛，專指

¹ 醫師法第 11 條全文：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。」

² 行政院衛生署公報，第 32 卷 3 號，頁 68-69

³ 醫師法第 28 條全文：「未取得合法醫師資格，執行醫療業務者，處 6 個月以上 5 年以下有期徒刑，得併科新臺幣 30 萬元以上 150 萬元以下罰金。但合於下列情形之一者，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 11 條第 1 項但書規定。四、臨時施行急救。」

醫病間認為有醫療傷害所生之責任歸屬爭執。

醫糾法草案第3條第2款對醫療事故的定義為：「指醫療行為與病人發生死亡或重大傷害之結果，有因果關係或因果關係難以排除之情事」以我國醫糾法草案中之醫療事故定義觀之，係採取狹義的說法。

二、醫療糾紛類型

(一) 醫療糾紛型態如依病家對醫療行為不良結果的反應可歸類為下述三種類型⁴：

1. 理解型：

事件發生後，經雙方冷靜思考和進一步溝通說明後，即可誤會冰釋，化解糾紛。

2. 吵鬧型：

指大聲指責、找人評理、哭鬧、出口威脅、拒辦出院手續、毆打、抬棺示威、糾眾包圍醫院、阻礙交通等行為出現

3. 訴訟型：

向衛生主管機關檢舉違法醫療行為不當致病人於受傷死亡、超收費用等，向消基會、公平會等投訴，或向司法（警察或檢察）機關報案或提出醫療過失傷害或過失致死之刑事訴訟。

(二) 如依醫事人員或醫療機構過失的有無來區分，可分為以下兩種類型：

1. 有過失的醫療糾紛

有過失的醫療糾紛係指病患死亡或傷殘等結果的發生是由於醫護人員診療護理過失所致，但病患或其家屬對此不良結果的性質，程度及處理結果等存在不同看法而引起的糾紛。

2. 無過失的醫療糾紛

無過失的醫療糾紛係指在醫療護理過程中發生病患死亡或傷殘的結果並非醫護人員的過失所致，但病患或其家屬卻認為醫護人員有過失。

三、醫療糾紛發生原因

(一) 醫療問題：

於醫病互動中的診斷錯誤、處置過慢，治療過程草率、治療檢查不當、手

⁴ 吳正吉，護理人員如何預防與解決醫療糾紛，醫事法學，頁 74-77，1996 年。

術失敗、儀器操作失誤、輸血注射不當、急救不當、麻醉不當，藥物不良反應、護理照護不當、院內感染、給錯藥品，甚或醫療無誤，家屬無法接受醫療結果皆有可能埋下醫療糾紛的伏線。

(二) 病情告知問題：

醫療糾紛發生原因，由病情告知問題所引起的，涵蓋下列幾種可能：病請說明前後不一、未善盡病情告知責任、未告知治療或手術風險、過度醫療保證。

(三) 態度溝通不良問題：

醫病關係也時常因彼此認知落差、應對不當而衍生糾紛，常見情形諸如：醫生拒絕收治病入、醫師互推責任、家屬反映問題未立即處理、值班醫師擅自離開崗位、不當溝通引起糾紛、醫療態度不積極。

(四) 儀器設備環境問題：

醫療儀器設備不良及環境設備不良亦為醫療糾紛導因。

(五) 其他於行醫生涯中觀察，近年來醫療糾紛發生原因尚包括：

醫病關係改變、病人權益倡導意識高漲、第三者的介入和慫恿、傳播媒體渲染。

四、發生醫療糾紛病患及家屬的訴求

理解病家訴求，是化解醫療糾紛、重建醫病關係的契機。每起醫療糾紛都隱含多段待修復的信賴——醫療行為因其本質不可免除的危險性與執行之高度專業性，易使病患及其家屬茫然無措，將寄望全數託付醫者。而妙手能否回春充斥浮動的因子，醫者往往必須在極短的反應時間、人命關天的重負下決策。若病患無法得到詳盡的醫療資訊解說及妥善關懷照護，最後結果又身心俱損，對醫療專業的信任感及希望將蕩然無存，並擔心下次如果自己或親人因同樣的病況就醫，是否會再度經歷同樣的傷痛？傷痛又豈僅止於病家承受？醫者對體制、病家、己身的認知也在崩解。

醫療糾紛日益頻繁所帶來的深遠影響，是導致高風險專科和急重症診療的醫療人員出現短缺。年輕醫師愈來愈不願意走外科、急診、婦產科、麻醉科和重症科等醫療高風險專科，使這些醫療領域人才斷層，對病家洵為莫大損失。為改善此惡性循環，開啟醫病關係間的理性對話，醫者更應探求醫糾案件中病家心繫所在。

綜觀病家訴求——了解真相、尋求賠償、改善醫療品質，少數為懲罰醫療單

位，能對應出病家較迫切需要的服務為醫療諮詢、病歷諮詢、鑑定諮詢，接續為協商處理技巧、如何訂定求償範圍與法律諮詢服務等醫療糾紛處理諮詢等。於本文第四章醫療糾紛案例研析中，筆者也針對個案病家訴求，反省己身並提出可行的改進對策。

五、發生醫療糾紛病患及家屬申訴的途徑

茲整理常見病家申訴途徑並分析其特性如下：

(一) 直接面對醫師：

由於醫師與一般民眾對醫療風險的認知常存有極大落差且部分醫師面對病家提出質疑時，擔心主動表達遺憾、道歉或說明，會成為將來訴訟程序中的不利證據等因素，採用此申訴途徑可能加劇醫病關係間溝通障礙。

(二) 直接面對醫院：

大部分醫院都有一套標準的醫療爭議處理作業流程，然則醫療爭議病家往往得面對長時間、層層裁示的跑文件過程，且始終無法與相關人員對談；即便有人出面處理，往往也不是握有決策權的人。

(三) 向衛生局求助：

對醫療過程有疑義時，可向醫療院所所在地的衛生局求助，通常由衛生局先進行調解。根據醫改會調查，全國平均的調處成功率雖約為 3-4 成，仍不失為一個釐清醫療爭議之管道。

(四) 尋求民間團體協助：

民間團體依據其宗旨、定位及主要服務對象，提供不同類型的服務與協助，如：醫療、法律、心理支持等相關諮詢服務。

(五) 聯絡民意代表關切：

在台灣不論發生什麼事，總習慣找一些身份地位高的人出面；民意代表基於選民服務的考量，會以信函、電話、開記者會等方式與醫院及醫師溝通。

(六) 訴諸媒體：

大多數醫療爭議病家認為透過媒體的公布，有可能對醫師或醫院產生壓力，壓力的大小因主事者心態、醫院規模、知名度不同而不同。曝光後，也可能引發當事人未曾思考的負面效果，造成二度傷害，使當事人生活作息受干擾，訴諸媒體是否真能增加談判籌碼仍需審慎評估。

(七) 提出法律訴訟：

由於司法檢察體系的行政作業流程繁複，一旦走上法律訴訟途徑，就需靜待司法檢察機關的偵查、傳喚開庭、審判…過程極費時，甚至可能纏訟十數年仍未能解決。

六、處理醫療糾紛的方式

(一) 和解：

醫療爭議事件病家或透過第三者與醫療院所及醫師進行協商，尋求雙方能共同接受之方案。

(二) 調解：

1. 衛生局調處：

以書面向醫療院所所在縣市的衛生局申請調處，由政府介入，提供管道讓兩造當事人進行溝通。此法雖無法直接判定醫療疏失，但可藉由調處過程擷取會談重點，判斷醫院說詞是否有矛盾之處。

2. 司法調解：

依民事訴訟法第四百零三條第一項第七款規定，醫療爭議於提起民事訴訟前，應先經法院調解，由法官與調解委員於法院調解該紛爭。目前台中地院、高雄地院等也開始試辦醫療專業調解服務，以減少醫糾纏訟，民眾可就近詢問及利用。

3. 鄉鎮市公所調解：

醫療爭議中民事損害賠償事件，以及刑事業務過失致傷害或致重傷害案件，皆得向鄉鎮市公所之調解委員會以書面或言詞聲請調解。若調解成立，所製作之調解書經法院核定後，與確定判決具有同樣效力。

4. 一般調解：

直接向醫師公會或相關之消費者權益團體提出申請。

(三) 訴訟：

提起民事或刑事訴訟。刑事部分還可提起附帶民事訴訟。

第三節、醫療風險與醫療過失區辨的困境

一、醫療風險

醫療行為本質為高風險且充滿不確定性，臨床一線工作中，有許多爭議案例

都是高醫療風險案件，醫療團隊在過程當中已經盡力治療與照護，但由於病人本身疾病狀況、體質和治療反應等，依然發生身體傷害或傷亡等結果，本非醫療團隊之能力所能防止，即便在無任何處置過失的狀況下，病人仍受有身體傷害甚至死亡。家屬無法接受這樣的結局，自然提起爭議，導致紛爭不斷。因此在醫療事故糾紛發生時，必須先明辨究竟為醫療行為本身之風險，抑或為醫療過失所致。

(一)風險之定義

風險乃指「一定狀況下事故發生的不確定性」。所謂不確定性，於此指發生與否不確定、發生的時間不確定、發生的狀況不確定、發生後果的嚴重程度不確定。

(二)風險之特徵

1. 具有客觀性：風險與人的意識狀態無關，風險管理的措施只能降低發生的頻率與減少損失，無法徹底消除風險。
2. 具有普遍性：各種類型風險存於社會，包含自然災害、疾病、意外等等，而隨著社會醫療、各種科技的進步，新的風險也隨之產生。
3. 具有必然性：透過大量風險事件的觀察可知，事件發生有一定的規律，就整體巨觀而言，風險必然發生，然而就單一獨立事件微觀，風險發生在某一個體，或何時發生，是偶然無法預知的。即單一個體風險之發生，僅有有、無之差別⁵。

醫學的本質是科學，保有實驗與試誤的精神，並持續透過大規模研究與統計，逐步精進改進現行醫療處置，追求更安全且有效的治療方式，然而所謂安全僅是免於無法承受的風險，亦即視為安全的治療風險仍然存在。

二、民法與刑法對於過失之判斷標準

關於民事侵權行為「過失」的概念，由於民法第 184 條第 1 項前段僅有「過失」的構成要件，卻未就過失的意涵定有明文。向來學說與實務在說明時多援用刑法第 14 條第 1 項「行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。」的內容以為描述。在學說上，陳聰富教授所撰之「論侵權行為法上之過失概念——最高法院 90 年度台上字第 1682 號判決」一文，從英美法的發展說明民事侵權行為過失概念中「注意義務存在」與「注意義務違反」的兩個要素

⁵ 鄭燦堂，風險管理：理論與實務，頁 19-20，2016 年八版

以及判斷準據⁶。

學者鄭玉波謂故意與過失之意義，民法與刑法雖屬相同，但故意與過失之價值，刑法與民法異，即在刑法上故意與過失異其價值(刑法第 12 條規定，以處罰故意為原則，處罰過失為例外)，民法上故意與過失原則上同其價值(民法第 184 條規定，因故意過失不法侵害他人權利者，應負損害賠償責任)。蓋刑事責任係重視行為人之惡性，故以處罰故意(犯意)為原則，而民事責任則重視行為之結果，故不論由於故意，或由於過失，一律使負賠償責任。惟在定義上又稱，過失有廣狹二義，廣義的過失包括故意，至狹義的過失，其意義民法亦無明文規定。刑法第 14 條第 1 項規定：行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意而不注意者為過失(學者稱為無認識過失)，其第二項復規定：行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論(學者稱為有認識過失)。因而過失在侵權行為上，即應解釋為：行為人雖非故意，但按其情節應注意並能注意而不注意，或對於構成侵權行為之事實，雖預見其發生而確信其不發生者是⁷。

不同於上開見解，學者陳忠五指出，刑事過失的定義和民事過失的定義可以是一樣的，但是實際在操作認定時，應該要有所不同，不同的地方即法院對所謂「善良管理人行為準則」要求程度之不同。刑事責任有其功能和政策，很多研究也顯示刑事責任不適合適用於醫療人員，也許在刑事過失的認定上要從嚴，民事責任過失之認定從寬。這涉及注意義務高標準與低標準之間的拿捏，至於定義本身比較沒那麼重要⁸。民法上所謂過失，以其欠缺注意之程度，可分為抽象輕過失、具體輕過失、及重大過失三種。應盡善良管理人之注意(即依交易上一般觀念，認為有相當知識經驗及誠意之人應盡之注意)而欠缺者，為抽象輕過失；應與處理自己事務為同一注意而欠缺者，為具體輕過失；顯然欠缺普通人之注意者，為重大過失。故過失之有無，抽象輕過失，則以是否欠缺應盡善良管理人之注意定之；具體輕過失，則以是否欠缺應與處理自己事務為同一之注意定之；重大過失，則以是否顯然欠缺普通人之注意定之⁹。

學者王澤鑑謂「善良管理人之注意乃通常合理人之注意，屬一種客觀化或類

⁶ 台大法學論叢第 33 卷第 4 期，頁 46，2007 年 2 月

⁷ 鄭玉波，民法債編總則，三民，頁 161-162，1990 年 9 月

⁸ 台灣本土法學雜誌第 39 期，頁 106，2002 年 10 月

⁹ 林誠二，民法債編總論(上)，自版，頁 240-241，2000 年 9 月

型化的過失標準，即行為人應具其所屬職業(如醫生、建築師、律師、藥品製造者)，某種社會活動的成員(如汽車駕駛人)或某年齡層(老人或未成年人)通常所具的智識能力¹⁰。」所以民法是採用美國侵權行為法理論，美國侵權行為中之過失，其要件包括「注意義務存在」以及「注意義務違反」。係以一個合理正常人在相同情況下是否會有相同行為做判斷有無違反注意義務。而刑法則是採用德國客觀歸責理論。德國客觀歸責理論對於過失犯構成要件該當性，除了因果關係外，需行為人之行為符合「製造法所不容許之風險」以及「風險實現」兩要件。

根據客觀歸責理論，行為與結果之間必先存在條件因果關係，而後篩選刑法上可歸責的原因。客觀歸責理論認為在自然法則上可能的因果流程都是可以預見的，問題真正的關鍵在於根據現行法律的規定，何為行為人有義務去預見的，必須透過歸責標準來決定。其基本檢驗規則是行為人的侵害行為對行為客體製造法所不容許的風險，這個不法風險在具體結果實現，結果存在於構成要件效力範圍之內。經這三檢驗條件，該行為所引起之結果始能歸責行為人。

除了三個基本規則外，尚有其他輔助規則規範，就過失責任提出了有體系的限縮標準，而只要在客觀構成要件上可歸責者，至少必定成立過失。以下就輔助條件加以論述¹¹：

(一)製造法所不容許的風險

1. 未製造風險的行為:行為人的行為與結果縱然有因果關係，但如行為仍在法所容許的範圍內，則視為未製造出法律上具有重要性的風險，則不具可歸責性。

2. 降低風險:降低風險者並未製造法所不容的風險，雖其行為與結果有因果關係，行為人對此亦有認識，但此行為不該當構成要件，行為人亦不具可歸責性。

3. 可容許風險:社會風險無所不在，基於重大的社會利益，立法者容許具有危險傾向的某些行為，遵守社會規範、安全守則下的行為仍發生不幸結果時，該行為所造成的結果不可認為是製造法所不容的風險。

(二)實現不法風險

¹⁰ 王澤鑑，侵權行為法:基本理論之一般侵權行為，頁296，2003年10月，自版。

¹¹ 林鈺雄，新刑法總則，頁163-172，2011年

1. 未實現不被容許之風險—結果之可避免性:構成要件結果必須具有可避免性始能判定具有可歸責性,假使行為人遵守注意義務仍會發生該結果,則應判斷為未實現法所不容許之風險。

2. 注意規範保護的目的:縱使行為人違反注意規範而製造了風險,而且最後結果也發生了,還不足以認為不法風險已經實現;必須該結果在注意規範的保護目的範圍之內,亦即系爭規定的保護目的,正是在於避免該結果發生者,始受歸責。

(三)構成要件效力範圍/他人及自我負責領域

1. 他人專屬負責領域:特定職業從業者在其權限範圍之內,得不受局外人干涉的執勤方式掌控、排除與監控危險,如結果發生超出行為人所掌控之範圍,則行為人不具可歸責性。

2. 自我負責原則:被害人同意他人之危害行為,在被害人自我負責原則的範圍之內,則行為人不受歸責。

三、因果關係的判斷

我國實務中民事法與刑事法領域裡,相當因果理論在因果關係判斷上居主宰地位¹²。相當因果理論認為,僅構成要件相當之原因,始為刑法上之原因,亦即以一般的經驗為客觀判斷,若該原因在通常情況之下均足以造成該結果,則行為與結果之間有相當的因果關係;反之,若該原因在通常情況之下,並不一定會造成該具體結果,尤其是該結果完全偏離常軌者,則不相當。相當性之判斷應採客觀事後推測法,及從事後角度,將一具有通常理解能力之人,置於行為人之地位,依照其行為當時及行為地點已知或可得而知的情況來判斷相當與否,但行為人的特殊認知,亦屬綜合判斷的因素之一。

76 台上 192 判例的相當因果關係內容描述,幾乎已成為我國實務刑事判決理由的標準格式。「相當因果關係系指依經驗法則,綜合行為當時所存在之一切事實,為客觀之事後審查,認為在一般情形下,有此環境,有此行為之同一條件,均可發生同一之結果者,則該條件即為發生結果之相當條件,行為與結果即有相當之因果關係。反之,若在一般情形下,有此同一條件存在,而依客觀之審查,認為不必皆發生此結果者。則該條件與結果不相當,不過為偶然之事實而已,則

¹² 最高法院 76 年台上字第 192 號判決參照

其行為與結果間即無相當因果關係。」

第四節、病人自主權與醫療裁量權的消長

一、醫療裁量權

醫療行為可分作「診斷行為」與「治療行為」，依據病人病況兩行為可能是前後關係，也可能交錯存在。病人疾病產生病害，醫療行為為攔截病害之治療行為，是為防止病害擴大的應變措施¹³。醫師為診斷時，受限於臨床診療證據不足，診斷只能為可能之猜測，具不確定性，應給予一定彈性空間；而治療階段，由於醫療的進步，同一診斷有不同治療方法，在考量病人個別性下，醫師比較治療利益與風險後，得選擇最適合病人之治療，即醫學上治療並非統一何種方式一定最佳或最有效，乃從病人角度採最有利益者為之。是故無論是診斷或是治療，在該範圍內所為之猜測診斷和醫療處置所生之危險應為可容許範圍，得免於過失責難。此選擇彈性即所謂醫療裁量權。亦即醫療裁量權在維護病患「最佳治療可能性¹⁴」。

二、莫衷一是的「醫療常規」

現今我國法院在處理醫療糾紛案件時，「醫療常規」如影隨形出現在各大判決裏，但醫療常規具體而言究竟所指為何？醫療常規在不同專科不同醫院都有不同的作法。什麼是「醫療常規」，法界的法官、檢察官和律師絕大多數沒有受過醫療專業知識的訓練，又如何能全面通盤了解？但判決卻是最愛堅持「醫療常規」，在法界不懂第一時間是如何處理該病症的流程時，總是會將醫療糾紛問題拋給行政院衛福部的醫事審議委員會作「鑑定」。醫療常規即判定刑事醫療過失責任成立要件時所採行之客觀標準認定¹⁵。其內涵依刑法學者甘添貴教授之研究，摘錄如下：

(一) 定義：在臨床醫療上，由醫療習慣、條理、經驗或知識等長期累積所形成之常見成規。

(二) 客觀準則：

1. 醫界在臨床治療上之共識。
2. 長期匯集共同之臨床經驗與專業知識。
3. 實證醫學。

¹³ 鄭逸哲，「臨床裁量權」和「行為有價值」乃「醫療民法」和「醫療刑法」不可抵觸的底線，軍法專刊，59期 2卷，頁124，2013年

¹⁴ 鄭逸哲，臨床裁量權 v.s. 醫療常規，頁12-13，2014年

¹⁵ 施茂林，醫病關係與法律風險管理防範，五南圖書出版公司，頁227，2015年10月

4. 臨床治療指引。
5. 醫療處置之客觀準則。
6. 醫界集體智慧之結晶。

(三)具體內涵：

1. 適應性：

須在臨床醫療上具有合理性，亦即須為保持或增進病人的健康所必要且係相當之醫療行為。

2. 適正性：

須符合當時當地之醫療水準，而以一般醫學上所承認之方法實施醫療行為，亦即在醫師之專業社群中所擁有及踐行之技術、知識與能力。

3. 實踐性：

須臨床醫療上業經實踐，亦即在同級醫院、同專科醫師階層內已獲得普遍認同。

4. 倫理性：

須符合醫療倫理之規範要求，亦即尊重自主原則、不傷害原則、行善原則以及正義原則¹⁶。

最高法院的民事判決亦稱：「按醫療行為具有其特殊性及專業性，醫療行為者對於病患之診斷及治療方法，應符合醫療常規(醫療準則，即臨床上一般醫學水準者共同遵循之醫療方式)。而所謂醫療常規之建立，係賴醫界之專業共識而形成，如醫界之醫療常規已經量酌整體醫療資源分配之成本與效益，就患者顯現病徵採行妥適之治療處置，而無不當忽略病患權益之情形，自非不可採為判斷醫療行為者有無醫療疏失之標準¹⁷。」所以依法院實務判決的認定，醫療常規內涵的認定相對是較為寬鬆的標準，是醫療成員之平均，通常具備之技術，是臨床上一般醫學水準者共同遵循之醫療方式。所以醫師依照一般醫療常規進行合理檢查與診斷，即應認為無過失¹⁸。

法界常常把「醫療常規」當作是 Guideline，也就是一般人印象的「醫學指引」，

¹⁶ 甘添貴，醫療疏失之判定-醫審會觀點，社團法人台灣急診醫學會醫學倫理法律與醫病關係研討會，高雄長庚紀念醫院，2015年9月5日

¹⁷ 最高法院民事判決 103 年度台上字第 2070 號參照

¹⁸ 台灣高等法院民事判決 98 年度醫上字第 19 號參照

但病狀千變萬化，醫療常規恐怕不是像法界想像中的「明確的規定」。醫學上的 Guideline，統計長久以來臨床醫療實證研究後所得到的「暫時性經驗歸納」，而且指引會依時代變遷而有變化的，非一成不變。醫學指引不可凌駕或去取代醫師的判斷，醫師在臨床上應該要有絕對臨床裁量權，負責任的醫師應視病人表現出的病癥及所有主、客觀的條件，再根據自身醫療經驗作出最適合病人的醫療決策。醫學教科書中的醫學指引只能視為建議，並不能當作神聖準則，再說病人個體都是獨一無二的，無法以單一準則適用所有個體。更何況有些創新的醫療手法，在實驗或是實施之前，根本無 Guideline 可供依循。所以醫學指引僅供參考價值，但非絕對的醫療標準。學者鄭逸哲教授也為文：不掙脫虛構的「醫療常規」綁架，不群力奮起奪回自己應有的「臨床裁量權」，醫界永無出路。許多醫師也質疑醫療常規是否明確存在，認為以虛幻的醫療常規來對每一次的臨床裁量加以桎梏，不但讓醫療人員動輒得咎，防衛性醫療與醫療人球反成常態，實非病人之福。

三、病人自主權

醫療乃高度專業之學門，長久以來由於醫療人員與病家知識的落差，醫病之間的關係，仍處於：醫師依照其專業判斷並選擇對病人最佳之治療方式，病人想要了解病情，參與決定的權利及意願都完全得不到重視，僅能相信醫師決定並服從醫囑¹⁹。在這樣的模式下，只要醫師的處置符合醫療水平，該治療處置所生之副作用或併發症，都落於刑法容許的範圍內，病人接受該風險的意願在所不問。1964年世界醫學會制定赫爾辛基宣言，對於醫師進行人體實驗提出具體六項原則，強調除受試者利益之外，必須落實知情同意的原則，並取得受試者真誠的同意。1981年世界醫師總會的里斯本宣言，以保障病人權利為主軸，更加確認病人有自主決定的權利²⁰，病人自主權就此確立。

病人自主權意識高漲，改變傳統的醫病關係。醫療處置前的說明讓病人理解，取得真誠同意後，才進行治療處置的關係，是病人自主權的展現。如今是知識爆炸的年代，病家要獲得資訊並非難事。然而醫學的治療並非一成不變的，醫學的治療須由醫師將現有治療與病人病況統合做整體考量後，選擇對病人最有益處的

¹⁹ 楊秀儀，美國「告知後同意」法則之考察分析，月旦法學雜誌，121期，頁141，2005年

²⁰ 曾建元，病人權利的倫理難題-兼論醫療倫理委員會與倫理諮詢專員在其間的角色，應用倫理研究通訊，25期，頁31-32，2003年

治療方式，這部分就牽涉到醫師的臨床裁量權。然而病人自主權的過度延展，卻逐漸侵蝕了醫師的臨床裁量權。

醫療行為的形態各異，在處置的過程中可能面臨突如其來的變化而需改變處置，也可能是同一情況有不同處理方式，須承擔不同風險，但須於治療當下始能判定採取作為，此彈性空間乃基於專業領域給予醫師的裁量權。如醫療糾紛發生後純以事後諸葛的角度，認為醫師在某一時段需有某一特定診斷，或採某種治療方式，否則病人之不幸傷亡醫師即具有過失，而逕行起訴或是判決有罪，是對裁量權彈性的極度壓縮，對醫師採絕對不容錯誤之超高標準，實有過於苛求之情勢。





第三章 大腸直腸肛門科特殊醫療範疇

第一節、大腸直腸肛門科常見疾患

大腸直腸肛門位於消化道的後半段，上接小腸之迴腸，而最末端則為肛門，通出體外。屬於人體消化系統相當重要的環節。其主要的生理功能，包括糞便的形成、儲存、水份與微量有用物質的再吸收、以及糞便的排遺。消化系統及相關疾病如圖 3-1。

廣義的大腸包括結腸和末端的直腸。結腸依次又可分段為盲腸、升結腸、橫結腸、降結腸、乙狀結腸等，長約 120~140 公分。直腸長約 15~18 公分。結腸的構造由腔內到腔外，可分為黏膜層、肌肉層和漿膜層等。附著在腸壁外的則是腸繫膜，內含血管、淋巴管、神經以及許多淋巴腺。黏膜層由單層柱狀黏膜細胞構成。黏膜細胞是生命力旺盛的細胞，隨時有許多細胞死亡、脫落、和新生。脫落的細胞與腸道細菌的殘體、食物殘渣構成糞便排出。絕大部分的食物養份都經由小腸吸收。大腸主要功能，可說是水份的重吸收並讓糞便成形，並藉蠕動運動幫助糞便排出。每天進入大腸的液體量約為 1000 cc，其中百分之九十會由大腸再吸收回去。

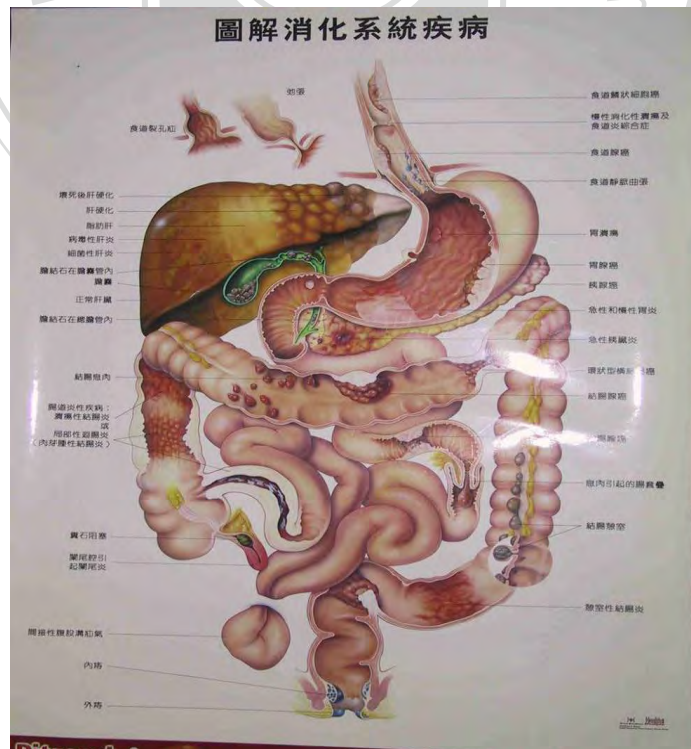


圖 3-1 消化系統疾病

發生於大腸直腸肛門常見的疾患分述於後：

一、痔瘡

(一) 病因

目前認為是肛門黏膜下層之血管墊層失去正常支撐而鬆弛脫垂，動靜脈間形成異常交連所致。近來較被接受的說法誘因姿勢：姿勢（久坐、久站）職業、遺傳、懷孕、排便習慣不良過度用力、刺激性飲食等。

(二) 分類與症狀

1. 內痔：發生於肛管齒狀線之內者。
2. 外痔：發生於肛管齒狀線之外者。
3. 混合痔：內外痔同時發生者。大部份痔瘡是混合痔，只是內外之比重不同而已。

另以症狀分為：

1. 血痔：出血的痔核，無痛性出血。
2. 脫垂痔：便後脫垂於肛門口外者。
3. 栓塞痔：痔血管形成血栓炎，血塊積滯於皮下，形成藍黑色腫痛硬塊，表皮有時可能潰爛出血。多見於肛門口外，偶見於肛管內，患者多半主訴劇痛難當，坐立不安，常發生於用力排便或激烈運動之後。
4. 急性痔疾：泛指肛門周圍之疼痛性疾患，包括急性肛裂、肛門膿瘍、急性栓塞痔等。

(三) 診斷

病史，症狀，指診，肛門直腸鏡檢。注意分辨可能之惡性疾患。

(四) 治療前的考慮

在從事任何治療行為之前，必須考慮到痔疾的兩項基本特質：

1. 是種自我限制性的局部病變。
2. 症狀輕重不等，因人而異。對患者可以造成極大的不適與痛苦，但不威脅生命。

痔雖不會變成癌症，但出血等症狀類似大腸直腸癌，必須作鑑別診斷。所以無論是多嚴重的痔疾，縱使未接受任何治療，其症狀會隨時日而緩解。故處理痔疾的原則是無症狀者，不需治療。治療痔疾的目標以緩解症狀、解除痛苦為第一，其次再考慮如何根治，防止復發，因此在治療方式的選擇上，以

簡單、安全而有效者為優先。

(五) 治療的方法

1. 保守或對症療法

(1) 適應症：栓塞痔。

(2) 方式：止痛劑、溫水坐浴、多休息，用餐、如廁、坐浴之外，一律臥床休息。

2. 局部注射法

由醫師直接注射藥物於痔核內，無痛無感覺，使其結疤收縮。適用於輕度出血性內痔，效果良好。

3. 紅外線熱凝法

以紅外線熱能直接照射於痔核，凝結出血點。亦適用於輕度出血痔疾。

4. 橡皮圈結紮法

以口徑極小的強力橡皮圈束縛於痔核根部，阻斷血流，使之脫落。適用於脫垂性內痔的治療，有根治之能。通常，一次紮一個，會有肛門脹感或無痛。如結紮部位不大，同時作二至三個的痔核結紮亦無不可，唯紮後較會疼痛，此時必需給予止痛，軟便劑，溫水坐浴等。外痔，通常不做結紮，症狀重者，以手術割治為主。

5. 冰凍治療

利用氮氣、二氧化碳或氧化氮等氣體由液態氣化時，會從附近組織吸收大量熱能產生超低溫的特性，使身體組織急速冷凍，達到破壞組織目的的方法。按冰凍治療痔疾，係 1968 年美國落山磯 Dr. Dante Gazzaniga 所首創，而兩年後，彼即放棄，不再使用冰凍法，其原因是根治性不夠。一般說來，欲做好冰凍治療，病人仍需接受麻醉（局部為主），冰凍治療後，被冰過的組織立即腫脹，大量滲出黃色體液，病人必須在臀部肛門配帶尿片，此一過程約持續兩週，繼之以組織潰爛及癒合，整個復原過程平均為六至八週。被冰過的部份癒合後，留下白色無色素的皮膚。因冰凍破壞皮膚之程度常無法估計準確，易造成肛門變形，甚或狹窄，殘留贅皮，目前已不為正規醫師採用。

6. 外科手術切除

外科方法切除痔核，在有經驗的醫生手中，可謂簡單、安全而有效。切除的方式，視症狀急緩、輕重而定。坊間許多傳聞所謂痔手術後會破壞肛門括約肌導致失禁。事實上痔瘡手術只是切除痔脫垂之痔組織，在有經驗的直腸外科大夫手術下，絲毫不會破壞到肛門括約肌，亦不會造成失禁。

二、肛門瘻管

(一) 病因

1. 病因：肛門腺體的細菌感染。
2. 病理成因：肛門腺體感染，造成隱窩炎，引發膿瘍，膿瘍往周遭或外面延伸，從肛門周圍皮膚表面破裂，形成內外交通的流膿管道，即為肛門瘻管

(二) 症狀

通常在演變成急性膿瘍後，呈現明顯之紅腫熱痛症狀，如炎症反應劇烈時，患者多半伴有倦怠、發燒、顫慄等全身及肛門內劇痛之症狀。膿瘍破裂至表皮後，局部症狀緩解，假以時日形成慢性肛門瘻管，肛門周圍可見出膿性瘡口，常伴有腫痛、出血等症狀。

(三) 治療

對肛門的解剖及瘻管的形成無充份的瞭解者，殆不可能進行正確的手術治療，瘻管的形成雖是多半導源於腺體的感染，但形成膿瘍後，炎症反應波及的範圍卻有多種變化。單純者，皮下或黏膜下破開成引流口；複雜者，穿過括約肌，甚或提肛肌，最嚴重的，可以蔓延會陰、骨盆腔，沿肌膜下侵兩側下肢或上犯腹膜後腔，造成嚴重菌血性休克致人於不治。臨床上大多數的瘻管開口都在肛門周圍，管道則多半介於內外括約肌之間，手術切除的原則，吾人鼓勵寧可做瘻管切開術而少做切除術，如果一定要做切除術，缺損之括約肌應儘量修補縫合。

無論是何種程度之瘻管，病源，亦即起始感染之肛門隱窩必需找到切除，否則雖多次手術，瘻管亦不可能癒合。瘻管不做外科治療，除極少部份可能自行癒合外，絕大部份是症狀持續不止，困擾日常生活，部份症狀可能擴大蔓延。此外，由於不斷的慢性刺激，在瘻管管道內長出腺癌者亦

非罕見，不論肛門膿瘍或瘻管，均必須找對肛門解剖有深入瞭解的大腸直腸外科大夫才適當。否則不但手術不徹底易復發，還有可能傷及括約肌造成失禁。

三、肛裂

(一) 分類

肛管出口處劇痛性的潰瘍。

1. 急性肛裂：

較表淺的急性裂傷，排便時疼痛出血，稍過即止。

2. 慢性肛裂：

為深及括約肌的慢性潰瘍，伴有炎性的表皮贅肉及肥厚性肛門息肉。排便時痛如刀割，往往令患者坐立難安且可持續數小時之久。如未得適當治療，患者拒於排便，不敢如廁，大便更形秘結，造成惡性循環。

(二) 病因

一般咸信為糞便太硬排便受傷所致。亦有學者認為係肛門括約肌過度緊張，局部缺血所致。

(三) 治療

治療方面，在急性發作時期，調整排便習慣，改善便秘，鼓勵患者多做溫水坐浴，局部塗敷止痛藥物，症狀多半可以緩解；如若排便習慣不能改善，肛門重複受傷，表淺之裂傷演變成較深之潰瘍，即進入慢性期，此時之治療，唯有靠手術方式，解除括約肌的痙攣，常見的方法是做內括約肌部份鬆弛術或肛門擴張術。

四、大腸良性腫瘤與息肉

(一) 分類

大腸直腸良性腫瘤包括各種息肉、脂肪瘤等良性腫瘤。另外還有一些因發炎疾病如腸結核、放線菌感染等也會產生有如腫瘤之病灶，在作鑑別診斷時需考慮。本節將就大腸直腸息肉敘述。瘻肉(Polyp)一字原意係指任何粘膜突出物(projection above surface epithelium)。在大腸這種粘膜上突出

物依病理組織可分為六大類²¹

1. 增生性瘻肉(Hyperplastic polyp)

Hyperplastic polyp 最早由 Westhues 提出，認為它是一種非腫瘤突出(non neoplastic)，英國的 Morson 認為用 metaplastic 較適當。這種瘻肉通常見於直腸及乙狀結腸，常多發，大小 2-5mm，但偶也有 1-2cm 的，顏色同腸粘膜，但較蒼白。在直腸癌切除的標本中約有 50% 伴有 Hyperplastic polyp。病理學上可見粘膜細胞增生，柱狀或杯狀細胞少見，細胞扁平，排列擁擠，而使腺體之排列成鋸齒狀。上皮下之間質則有淋巴球或形質細胞浸潤。Hayashi 認為增生性瘻肉之上皮細胞生長較正常粘膜細胞慢，且生命期較長，導致這些細胞較不易脫落，形成擁擠的細胞而突起。增生性瘻肉之臨床意義目前仍不十分清楚，唯一般認為與大腸直腸癌 較無關係。臨床上之重要性在於必須與腺瘤作鑑別診斷。雖然一般而言增生性瘻肉常較小、多發、表面較蒼白，但事實上由內視鏡並無法全然與腺瘤區分。必須切除瘻肉，作組織病理檢查較準確，如證明為增生性瘻肉則按常人定期作篩檢即可，如為腺瘤，則全大腸必需作完整檢查， 切除所有腺瘤，且作定期追蹤。

2. 缺陷瘤(Hamartomas)

(1) Peutz-Jeghers 氏症

1921 年 Peutz 首先描述一種包含口粘膜或身體其他內臟色素斑及腸胃道瘻肉之家族症候群。1949 年 Jeghers 接著報告數個同樣病例而確立此症。Peutz-Jeghers 症候群是一種自體染色體顯性遺傳疾病，但仍有少數病例無家族史。病人主要是自幼在嘴唇、口腔粘膜及身體各處內臟尤其是手指、腳趾產生黑褐色，大小 1-2 毫米有如雀斑之色素沈著； 以及在腸胃道，尤其是空腸產生大小不等的瘻肉。病人常見之症狀為腹痛（腸阻塞、腸套疊），腸道出血，瘻肉突出。

Peutz-Jeghers 氏瘻肉大小不一，有大到數公分的。大瘻肉常有根，外觀上有時難與腺瘤區別。病理組織上 Peutz-Jeher 瘻肉是由正

²¹ 台北榮總外科部大腸直腸外科林禎國主任演講講義

常腸粘膜細胞及其下的粘膜肌肉層(muscularis mucosae)組成，細胞無異常增生、變性、或分化不良，故 Morson 認為它是一種 hamartoma。Peutz-Jegher 瘻肉臨床上之意義為有時會產生腸阻塞或出血等併發症而需屢次切除小腸造成吸收表面積不足。一般認為與腸癌之發生較無關。Mayo Clinic 曾追蹤 48 位病人（中值期間 33 年）無任何腸癌由此瘻肉產生。故認為症應採較保守之態度，即使有併發症產生也僅切除必要之病灶部分而盡量保留小腸。

(2) 幼年型瘻肉(Juvenile polyp)

幼年型瘻肉通常見於 10 歲以下的小孩，但較年長的小孩甚或大人亦可能出現，兩個高峰好發年齡為 4 及 18 歲，男比女多。百分之六十見於直腸，但其他部位之大腸亦有分佈。常見的症狀為直腸出血，瘻肉由肛門突出，血便中帶粘液，10% 的病人瘻肉有自己斷落(autoamputation)現象。瘻肉外觀呈平滑（不像腺瘤呈乳頭狀不平滑面），充血，有短根，切面呈多囊狀。顯微鏡下觀主要由腸上皮細胞及大量間質形成，間質中有許多發炎細胞浸潤，尤其是嗜伊紅白血球。大部分（70%）之 juvenile polyp 為單發，少部份（30%）為多發，極少數的病人則呈瘻肉症現象(polyposis)。從組織上看，juvenile polyp 為缺陷瘤，與腸癌關係不大，切除後也少有再發。故 juvenile polyp 只需用腸鏡切除即可，但 Reed 及 Vose 曾報告一 juvenile polyposis 之十七歲女孩，有家族大腸腺瘻肉症及大腸癌(adenomatous polyposis & carcinoma)，而認為 juvenile polyposis 不可忽視，而需採較激進之治療方法，例如全大腸切除或大腸直腸全切除。在此特別要說明的是雖然 juvenile polyp 大多見於孩童，但 adenomatous polyp 在二十歲以下之病人亦不少見，且直腸看到 juvenile polyp，其上位之大腸仍可能長出 adenomatous polyp，故在小孩的直腸看到 juvenile polyp，其上位大腸之 polyp 不一定也是 juvenile polyp，用腸鏡作瘻肉切除以確定診斷仍是必須的。

3. 發炎性瘻肉(Inflammatory polyp or pseudopolyp)

任何大腸之傷害，尤其嚴重且反復發生之大腸發炎均有可能產生發炎性瘻肉。最常見的慢性潰瘍性大腸炎或 Crohn 氏病(Crohn's

disease)。其組織主要為殘留的、或再生的腸粘膜及其下之浸潤發炎細胞所構成。發炎性瘰肉本身與腸癌並無關係。但在長期慢性全大腸潰瘍性結腸炎(long-term pancolitic ulcerative colitis)病人，其粘膜細胞有惡性變化之可能，且此惡性變化往往沒有在粘膜表面造成突起，甚至變性的細胞藏於粘膜下層，故長期全大腸潰瘍性結腸炎之病人必須定期作大腸鏡切片檢視以早期發現變性之粘膜細胞以便治療。

淋巴組織性瘰肉常見於身體有炎性反應時，尤其是小孩之迴腸末端及直腸。為粘膜下之淋巴組織增生、肥大。此時切片確定診斷即可，不需特別治療。

4. 腺瘤(Adenoma)

雖然在大腸直腸瘰肉中，以增生性瘰肉最常見，但腺瘤才是真正的新生瘤(neoplasm)。腺瘤依組織分類可分為管狀腺瘤(tubular adenoma，舊名為腺瘤性瘰肉 adenomatous polyp，或瘰肉性腺瘤 polypoid adenoma)，絨毛腺瘤(villous adenoma)，以及管狀絨毛腺瘤或稱混合腺瘤(tubulovillous adenoma or mixed adenoma)如依其基部劃分可為長柄狀(pedunculated)，廣基狀(sessile)以及粗短柄狀(thick stalk)。管狀腺瘤較常有長柄或短粗柄，而絨毛腺瘤較為廣基，但這並非絕對。腺瘤組織中腺體細胞核濃染，核分裂不難見到，細胞堆積似多層，細胞排列常失去其方向性(polarity)而顯得凌亂。這種失方向性稱為 dysplasia，如果 dysplasia 相當廣泛達整層的體則可稱為 severe dysplasia 或 carcinoma in situ。管狀腺瘤其腺體縱面呈管狀或圓柱狀，而絨毛腺瘤之腺體縱面則有如指尖突起，混合腺瘤則兩種形態均有。變性(dysplasia)之腺體均位於粘膜肌肉層(muscularis mucosae)之上，如侵入且穿過 muscularis mucosae 而達粘膜下層(submucosa)則稱為侵犯性癌(invasive carcinoma)，此時即為真正的癌而有淋巴或血型轉移之機會。

5. 鋸齒狀腺瘤 (Serrated adenoma)

「鋸齒狀腺瘤」這個名詞是 1990 年代由義大利人 Longacre 和 Fenoglio-Preiser 所發明，以有別於「增生性息肉」(hyperplastic

polyp) 這個名詞(15)。「增生性息肉」是一種傳統上以為不會癌化的息肉，在病理上，此種息肉的特徵是表層黏膜細胞會有變性的現象，因而使此種息肉在病理組織檢驗下的外觀呈現鋸齒狀。然而，「鋸齒狀腺瘤」是除了具備「增生性息肉」的鋸齒狀外觀之外，尚加上腺瘤(adenomatous polyp)的成分，換言之，即「鋸齒狀腺瘤」是「增生性息肉」和常見之「大腸腺瘤」的混合，具經年累月，鋸齒狀腺瘤會有惡性變化的傾向。

6. 其他

非粘膜性腫瘤，如肌瘤(leiomyoma)，血管瘤(hemangioma)，脂肪瘤(lipoma)，等等。依照其組織型態來分類。

(二) 症狀

腺瘤通常沒有明顯的症狀，常為體檢或作大腸直腸檢查時附帶發現。少數較大之腺瘤偶而會出血而使糞便有潛血反應。在直腸，尤其是直腸下端之大腺瘤較會有粘液便，血便，稀便，肛突出物等症狀。有時大的廣基性絨毛腺瘤會分泌大量粘液以及水泄而導致脫水及電解質不平衡。

(三) 診斷及治療

腺瘤之診斷，以往主要是靠鋇劑灌腸檢查，其中又以“空氣鋇雙重對比顯影(air-barium double contrast enema)”之診斷準確度較高。在直腸及一部分乙狀結腸之腺瘤肉則可用乙狀結腸鏡(sigmoidoscopy)作較準確之診斷及瘰肉切除。自從大腸鏡廣泛使用後，大腸瘰肉之診斷及治療更邁入一新里程。大部分的報告均顯示對於瘰肉之診斷率，大腸鏡要比鋇劑檢查準確得多。Knutson 曾報告鋇劑灌腸檢查約 30%瘰肉被忽略，而 Cowen 之報告更高達 40%。通常愈大，廣基之腺瘤愈有癌化之可能。但這只是趨勢，小腺瘤不一定全不會癌化。Shinya 就曾報告過小於一公分之腺瘤已演變成侵犯性癌之病例。我們也曾在一 0.5 公分之管狀腺瘤找到早期癌化之病例。從腸鏡上依瘰肉的大小、顏色、表面構造以及有無柄來判斷是否為腺瘤性瘰肉，其準確度只介於 50%—80%之間。至於腺瘤是否已有癌化，更無法由腸鏡外觀準確判斷。取下標本作病理組織檢查為必要之步驟。因腺瘤癌化常只在瘰肉之某一部份，其他部份仍呈良性腺瘤，且癌化部分侵犯之深度為選擇治療方式之重要依據，故只作瘰肉切片檢查是不夠的。正

確的作法為作整個瘻肉包括其柄、基部之瘻肉切除，全部組織包埋、檢查。有細長柄之腺瘤以腸鏡作切除無多大困難。但廣基性，尤其基部大於 2 公分要在大腸鏡作全切除則較困難，且危險性較高。以往有所謂作分片瘻肉切除(piecemeal polypectomy)，因取下之標本呈許多碎片，失去其方位性，一旦有癌化，則癌化的範圍有多大，侵犯到腸壁有多深，以及切面是否有癌組織殘留均無法正確判斷而影響到進一步治療之決定。因此大部分學者主張無法用大腸鏡整個切除之廣基性瘻肉應考慮剖腹或經由腹腔鏡作大腸切開或腸段切除以便切除瘻肉。位於直腸中、下段之廣基性大腺瘤則可作“經肛門”(transanal)“經薦骨、尾骨”(trans-sacral, transcoccygeal or Kraske procedure)或“經括約肌”(trans-sphincter, Mason procedure)切除。

(四) 腺瘤與大腸直腸癌的關係

腺瘤與大腸直腸癌的關係很早即為研究者所注意。所謂“瘻肉變癌”理論從臨床上、流行病學、組織病理學、生化學以及遺傳學上均有充分證據。可以說目前大家公認即使不是全部至少大部份之腸癌係由腺瘤變化而來。其證據如下：

1. 大腸直腸癌及腺瘤均較好發於高度進化、工業化、城市化之社會，例如西歐、北美、紐澳等地。華人社會則以北美、新加坡華人較高；美洲黑人比非洲黑人高其多；日本在北美之二代移民比本土日本發生率高。
2. 患大腸直腸癌之病人，常伴隨有腺瘤存在。Morson 及 Dawson 統計發現，大腸直腸癌切下之標本中有三分之一有腺瘤。Helwig 更在大腸直腸癌死後解剖發現 50% 的病人伴有腺瘤。
3. 大腸直癌最好發於直腸及乙狀結腸，盲腸及升結腸次之。Ekelund 在病理解剖亦發現腺瘤好發之分佈位置亦如腸癌。
4. 家族瘻肉症(familial polyposis coli)是一種顯性體染色體遺傳疾病，患者在青春期中以後大腸直腸漸漸長滿瘻肉，到 30-40 歲即陸續病變，癌變率幾達 100%。英國 St Mark's 醫院曾報告這種病人從瘻肉被診斷到癌變平均為十二年。而日本學者 Muto 曾觀察到一些腺瘤(非家族瘻肉症者)未切除而變癌的病人，平均癌化時間亦約十年。

5. 腺瘤變癌最直接的證據為腺瘤中找到癌化甚至侵犯性的組織。事實上這種情形已廣為大家所觀察到。仔細檢查腺瘤的標本常可見由腺瘤到侵犯性癌連續演變之過程。相反的在腸癌組織中常可發現部分殘留腺瘤組織，愈早期的腸癌，發現這種殘留腺瘤組織之機會愈大。腺瘤變癌說在病理組織上得到充分證明。在一般大腸鏡切除的瘤標本中約有 4-5% 含有侵犯性癌組織。腺瘤愈大，含癌組織之機會也愈大——一公分以下有 1%，1-2cm 有 10%，大於 2cm 有 35%；如為絨毛腺瘤則 1cm 以下有 10%，1-2cm 有 10%，大於 2cm 有 53%。
6. 定期作乙狀結腸鏡檢並切除瘻肉者，追蹤發現患腸癌之比率明顯降低。
7. 以 flow cytometry 測細胞染色體 dysplasia 之程度發現腺瘤 dysplasia 愈厲害者其 aneuploidy 比率愈高，而腸癌則 DNA aneuploidy 比率則高達 70-80%。
8. 基因學研究顯示由正常腸粘膜細胞經腺瘤到腸癌之演變過程包含了一連串染色體及基因之異常，愈 dysplasia，愈大之腺瘤有染色體缺陷或基因缺損、突變之機率愈高，且有變化之染色體、基因愈多，一直到腸癌達程度最深之變化。例如在腸癌及大於一公分之腺瘤約有 50% 有 ras oncogene 之突變，而小於一公分之腺瘤則僅 10% 有 ras oncogene 突變；5q 染色體之缺損在大腸癌有 20-50%，在腸腺瘤有 30%；18q 染色體之缺損在大腸癌有 70%，而在較 dysplasia 之腺瘤有 50%；17p 染色體缺損在腸癌有 75%，在腺瘤則無。研究發現染色體 5q、17p、18q 上均有所謂“癌抑制基因”，分別為 FAP、P53、MCC 及 DCC 基因。由於許多基因之突變、缺損、失去功能，累積效應才使正常腸粘膜細胞變化成腺瘤，再成腸癌。

雖然以上許多證據顯示大腸直腸癌由腺瘤演變而來。但是否就表示所有腸癌都是如此？有證據顯示至少有部分腸癌並沒有經過“腺瘤”過程而是由正常粘膜變來的，即所謂“de novo carcinogenesis”。這種癌變過程產生的癌開始時往往很小（因不經腺瘤惡化），易被忽略。另外最近有文獻報告有一種所謂的“扁平腺瘤(flat adenoma)”，不在粘膜上突起，大腸鏡檢只見粘膜上一小小的類圓形病變(discoid lesion)，以腸鏡稍打氣該病變會微凹下，切片檢查顯示為 dysplastic

mucosa。根據日本學者 Muto 的說法，這種扁平瘤癌變的機率比 polyp adenoma 高，須特別留意。

(五) 定期追蹤

腺瘤性瘻肉切除後一定要作定期追蹤檢查。此乃小的瘻肉在鏡檢時常被忽略，或因大腸之粘膜褶皺而被隱藏，經一段時間後瘻肉又長大了。腺瘤性瘻肉之復發率相當高。Waye & Braunfield 曾報告經大腸鏡作全部瘻肉切除的病人一年內再作大腸鏡有 56% 的病人再度發現瘻肉，其中本來單發或多發瘻肉之病人其一年復發率相同，而那些一年內沒有發現復發的病人再追蹤其四年內之復發率為 35%，其中第一次多發者復發率為單發者之二倍。此表示，所謂一年內之復發實際上可能為第一次檢查時遺漏未發現者。多發之腺瘤較單發之腺瘤易復發。Kronborg 更報告廣基性，有惡性變化之腺瘤其復發率更高。這些現象與本院臨床所觀察亦相同。

腸腺瘤與腸癌關係最密切，其發生率又甚高，通常好發年齡為五十～六十歲，隨年齡增加而逐漸升高，到七十歲以上維持穩定的高發生率。年齡五十歲以上者應作篩檢（大腸鏡最好，至少也要作軟式乙狀結腸鏡檢）。高危險群例如有家族腸癌或其他癌症病史者，曾患腸癌切除治療過者，更應提早檢查。發現有異常顏色變化之粘膜應作切片檢查，有突起之瘻肉應作瘻肉切除（只作切片不夠），如為腺瘤，術後需定期追蹤。較大的（0.5cm 以上）、廣基性、絨毛性、多發性，有 dysplasia 甚或癌變者追蹤之間隔要較短（開始時三個月至一年，視情況而定，經 1-2 次追蹤無復發則將間隔延長至 2-3 年一次）。增生性瘻肉雖與癌較無關，但如為 hyperplastic polyposis 則難以斷定其中不摻雜有腺瘤，故仍需密切追蹤。缺陷瘤中如為 juvenile polyposis 則需特別注意，因產生腸胃道癌之機會頗高。有部分癌化之腺瘤如癌組織只局限於粘膜層，且切端無癌細胞殘留則腸鏡瘻肉切除已足。如癌組織已侵入粘膜下層則淋巴腺轉移機會約 10%，此時是否要進一步切除大腸需視情況而定。一般而言如為廣基性絨毛腺瘤，一旦癌化組織侵入粘膜下層，則腸鏡瘻肉切除常會有殘留癌組織在切端，且淋巴腺轉移機會高，應勸病人接受腸段切除。如為有根之管狀腺瘤，除非瘻肉切端有癌細胞、為分化不良癌、癌細胞有淋巴管或血管侵入等情況需進一步切除腸段以外，一般作腸鏡瘻肉切除後密切追蹤即可。

五、大腸直腸癌

(一)何謂大腸直腸癌？

大腸直腸癌是從大腸及直腸長出的癌症。根據衛生福利部 106 年的統計資料顯示，大腸直腸癌的發生率已躍居第一名，死亡率為第三名，男、女性的前三大癌症死因都是肺癌、肝癌和結腸直腸癌。²²要減少大腸直腸癌造成的死亡，最好的方法就是早期診斷並早期治療。

(二)大腸直腸癌的起因

癌症起因迄今尚無定論，但在腸癌方面可以確定以下數種病症屬於癌的前期病變：

1. 腺性息肉
2. 絨毛腺瘤
3. 家族性息肉症
4. Gardner's 症狀群
5. 慢性潰瘍性結腸炎

以上癌的前期病變中，腺性息肉及絨毛腺瘤之惡變率往往與腫塊之大小成正比。家族性息肉症如未治療，可說百分之百必將演變成為癌症。Gardner's 症狀群在大腸的部份亦呈現與家族性息肉症類似的特徵。慢性潰瘍性結腸炎在多次往反發作之後，惡變率亦遠高於一般人口。

(三)大腸直腸癌的症狀

沒有大腸直腸癌的症狀並不代表沒有大腸直腸癌。實際上，很多人在大腸癌相當嚴重的時候，才出現徵狀。癌前病變或早期大腸癌並無症狀，需接受篩檢才得以發現；較常見的大腸癌症狀如下：

1. 排便習慣改變。
2. 腹瀉、便秘、或大便無法解乾淨的感覺。
3. 大便內有血（呈鮮紅色或暗紅色）。
4. 大便形狀較以前細窄。
5. 腹部感覺不適（如腹脹或痙攣）。
6. 不明原因的體重減輕。

²² 衛生福利部統計處主要癌症死亡統計(民國 106 年)

7. 持續的疲倦感。
8. 嘔吐。
9. 貧血。

因左右結腸的結構有別，故在臨床症狀的表現也有差異，一般而言，右結腸的腫瘤較少引起阻塞，因為右結腸的腸腔大，糞便多呈黏液狀，病變多為潰瘍性；病人常合併有貧血的現象，臨床上的人常有厭食、體重減輕、虛弱和無力等症狀。在降結腸、乙狀結腸或直腸常常有漸進性的阻塞引起大便習慣的改變，排出暗紅血便或黏液，並且在解便後有不適感及殘便感，以及腹脹、便秘等。而愈接近肛門者，則以血便、大便習慣改變或大便變細等症狀為主。

其它的疾病也可能會引起這些症狀。因此唯有經過醫師的檢查才可以確定診斷。

(四)大腸直腸癌的危險因子

1. 年齡：超過百分之九十的大腸癌病人，年齡大於五十歲。
2. 飲食：大腸癌的發生似乎和高熱量、高脂肪、及低纖維飲食有關。
3. 息肉：如果體質容易產生某類息肉，便有較高的危險性發生大腸癌。
4. 家族病史：家人罹患大腸癌是重要的危險因子。大約百分之十的大腸癌病人，已有親屬罹患大腸癌。
5. 個人病史：研究顯示，卵巢、子宮、或乳癌的女性，發生大腸癌的機會增加。而大腸癌病人更要預防第二次罹患大腸癌。
6. 身體活動量小的人：適當運動量的人發生大腸癌的危險性較低。
7. 飲酒和吸煙：吸煙可能會增加產生大腸癌的危險，規律地飲酒，也會加重危險性。
8. 潰瘍性結腸炎和克隆氏腸炎，增加危險性。

(五)篩檢和診斷

所謂大腸直腸癌篩檢，就是希望從一般大眾之中，找出比較可能發生大腸直腸癌的人，接受進一步的檢查和定期追蹤，所以針對的是沒有任何徵狀的群眾。如果是已經有徵狀的人，則不論年齡，都必須接受進一步的診斷檢查。

大部份的大腸癌是從息肉演變的。篩檢的重要意義，便是及早發現癌變

前的息肉，予以切除。另外，篩檢可早期診斷大腸癌，及早治療，效果最好。所以，不要等有徵狀再尋求檢查。最好要定期的篩檢，趁早發現還未產生徵狀的大腸息肉或大腸癌。

篩檢的方式各有特色，介紹如下：

1、直腸指診：

醫師將帶手套的手指經肛門放入直腸，用手指感覺直腸壁上可能的病灶。這方法最簡單而且可立刻執行。

2、糞便潛血檢驗：

偵測糞便中是否有少量或是肉眼看不出來的血液。傳統的化學法糞便潛血測試，檢查不但簡單而且便宜，可惜只能查出正在出血的大腸癌或大腸息肉。根據研究顯示，有接近一半的大腸癌病人和百分之九十的大腸息肉病人，用化學法糞便潛血檢驗檢查不出來。另外，化學法糞便潛血檢驗陽性的人當中，則只有大約百分之十的人真的罹患大腸癌。其它疾病或食物也可能造成化學法糞便潛血檢查陽性，而免疫法潛血測試，利用抗體抗原的結合反應，可以準確地檢測出病人的下消化道是否有異常的微量出血，較不會受食物、藥物所影響。

在台灣，由於大腸癌多發生在 50 歲以後，因此，國民健康署運用菸品健康福利捐，補助 50-74 歲民眾每 2 年 1 次定量免疫法糞便潛血檢查，民眾可持健保卡到健保特約醫療院所檢查。免疫法糞便潛血檢查是早期發現大腸癌的篩檢工具，是目前最安全又簡便的篩檢方法。因血紅素在糞便中很容易受到酵素及細菌之作用而破壞，喪失原有的抗原性，造成偽陰性反應，因此需有較嚴格的採檢時間(採檢後立即裝入特殊容器)以及送檢時間限制(建議於四十八小時內送至檢驗單位)。當糞便潛血檢查為陽性時，則需進一步確診，確診方式目前國民健康署主要建議採下列兩種：大腸鏡檢查、大腸鉬劑攝影加乙狀結腸鏡檢。篩檢政策依據歐美國家經驗，每一至二年進行 1 次糞便潛血篩檢約可下降 18%至 33%的大腸癌死亡率。

3、乙狀結腸纖維鏡檢：

醫師利用一種細長、可彎曲、具有光源、並能攝影的管子(稱之為乙狀結腸纖維鏡)，從肛門放入直腸、乙狀結腸、和一部份的降結腸，正好是大腸癌比較常發生的位置，就可以看到腸子內部是否有任何病變。在檢查之前只要先灌腸，排出殘留的糞便。檢查時不會痛，感覺就像灌腸般不舒服。如果可彎曲

的乙狀結腸鏡和糞便潛血檢查配合篩檢大腸癌，則可以偵測出更多的大腸癌和息肉。當乙狀結腸纖維鏡發現大腸癌或是息肉時，便必須進一步接受大腸鏡檢查。

4、大腸鏡檢：

大腸鏡就像乙狀結腸纖維鏡般，但是長度更長，可以安全且有效的檢視所有的大腸，包括直腸和結腸。大腸鏡檢時如果發現息肉或是腫瘤，還能立刻執行息肉切除術或是摘取一小塊組織，送病理檢驗室作進一步化驗。在大腸鏡檢查前要做正確的清腸準備，以避免阻礙病灶的尋找、觀察和處理。大腸鏡檢查會不舒服，但在專業的，有耐心的醫師執行下，以及適當的舒緩受檢者的緊張情緒，可大幅降低大腸鏡檢查的不適。

此外，現在許多醫院的腸胃科或大腸直腸肛門科設有無痛大腸鏡檢查。也就是在檢查過程中，施予適度的靜脈麻醉注射，一覺醒來，根本不知道自己已完成了大腸鏡檢查。

5、大腸雙相對比鋇劑攝影檢查：

將液體狀的顯影劑（鋇劑）和空氣，經由肛門灌入大腸中，再利用 X 光攝影間接觀察大腸內壁是否有異常的地方。對於偵測比較大的腫瘤，效果和大腸鏡一樣好。但是，對於比較小的腫瘤和息肉，偵測效果則是大腸鏡比較好。另外，鋇劑攝影後仍需大腸鏡檢查以確定診斷。鋇劑攝影在檢查前也要做清腸準備，才能清楚的尋找病灶。

（六）大腸直腸癌的手術治療

手術是主要的治療方式。大腸直腸癌切除手術可分傳統剖腹手術及微創手術，其中微創手術又有分腹腔鏡及達文西機器手臂手術。腹腔鏡手術最早於西元 1991 年被應用於大腸直腸之切除，從此以後，腹腔鏡手術就漸漸被應用於大腸直腸疾病之手術治療，包括良性疾病與惡性腫瘤的手術。與傳統開腹手術比較，腹腔鏡可以將腹腔內的構造仔細清楚地呈現在手術醫師面前，尤其是骨盆腔內的解剖構造，所以腹腔鏡手術的優點是手術操作過程較為精準、出血量較少、傷口較小，以致病患術後疼痛較輕、較快排氣及進食，以及所造成的腹內沾黏比較不常見及較不嚴重。尤其對於中下段直腸癌，傳統開腹手術通常無法很清楚地看到骨盆腔深處的解剖構造。但是，腹腔鏡手術也有一些缺點，例如手術時間比傳統開腹手術較長，醫療費用較貴。另外，手術醫師必須經過較

多例數的訓練，才能對腹腔鏡手術感到熟練。就腫瘤治療的短期與長期結果而言，不論是整體的存活率、無疾病之存活率、或復發率，腹腔鏡手術與傳統開腹手術相比，都不相上下。

大腸直腸癌病人是否適合接受腹腔鏡手術，必須考慮一些因素，以下的情況通常不適合腹腔鏡手術：大腸癌引起急性腸阻塞或腸穿孔；侵犯鄰近器官的腫瘤或腹膜腔轉移的腫瘤；腫瘤太大，如腫瘤直徑超過8公分以上；若患者之前有接受過腹部手術，造成腹腔內沾黏比較嚴重時。當然，腹腔鏡手術必須用到之器械(具)的相關費用，必須由病患自費支付。目前個人化醫療概念的進步，對於上述提到的侵犯鄰近器官的腫瘤或腹膜腔轉移的腫瘤，或是太大的腫瘤，可以先進行暫時性人工肛門，合併化學放射治療，等腫瘤縮小或不侵犯到鄰近器官時，就可以再評估是否適合接受腹腔鏡手術。

手術切除的範圍，包括腫瘤、腫瘤所在的一段大腸、鄰近的血管和淋巴組織，以達到完全清除癌組織的目標。然後再將其餘正常的大腸連接起來，恢復排便功能。手術割除腸癌的方式，取決於腸癌的部位以及病症本身的輕重，腹腔內的腸癌，只要沒有瀰慢性的轉移，切除癌塊，吻合腸管可說是一種例行手術。有時，癌塊黏連於附近器官，不能切除，施行改道手術，至少可以暫時改善患者的生活品質。癌塊完全阻塞腸管而又無法切除或改道時，人工肛門（腸造瘻）是另一種選擇。讓身體產生的糞便排出體外，至少能讓病人可以進食排便。

直腸癌的割治，與部位的關係最為密切。自從環狀腸管自動吻合器被廣泛引用以來，距肛六公分以上的中位或高位直腸癌，只要局部侵犯不嚴重，切除直腸，吻合結腸直腸已經不是難事，對於距肛二至五公分的低位直腸癌，近年來，保存肛門的觀念廣受病家與醫界本身的關切，腹部會陰聯合切除術的施行頻率已大為減低，代之而起的是局部切除術，極低位前位切除術或結腸肛門吻合術，經肛門微創手術 TaMIS (TransAnal Minimally Invasive Surgery)，以及經肛門內視鏡複合手術，執行全直腸繫膜切除術 (TaTME)

1. 經肛門微創手術 TaMIS

微創手術的問世，改變了外科在手術領域的思維，除了追求更好的治療效果外，更積極擴展其應用層面。現今的微創手術技術，不但已廣泛用於癌症治療，其手術傷口更是可以從數個減少到單個，甚至部份手術更開始利用人體的

「天然孔」，如：尿道、陰道、肚臍、肛門…等進行手術。

經肛門內視鏡手術，是利用人體天然孔的手術方式之一，主要是用於「中、低位直腸腫瘤」的手術切除，由於手術部位接近肛門，從肛門進入可以更近距離的看清楚腫瘤，完整的將其切除，在手術的過程中也較不易傷及神經、血管或肛門括約肌，使肛門控制排便功能得以完整保留。

經肛門內視鏡手術的執行需要額外準備一個特殊的通路裝置，這個裝置和單孔腹腔鏡所使用的裝置作用類似，其支撐性可在手術過程中將肛門穩定撐開以執行手術，同時亦能保護肛門不受器械進出的重覆傷害，使手術順利進行。

大腸直腸的治療方式多半以手術切除為主，根據腫瘤的大小及位置會以不同的方式執行。低位直腸腫瘤（離肛門 5-7 公分內），尤其是腫瘤位置很低的患者，因為病灶位置的限制，即便是在腹腔鏡的輔助下，也很難看清楚骨盆腔底部的神經與血管組織，且操作角度受限。傳統治療方式會施行「腹部會陰切除術」，直接切除肛門，並於腹部裝置永久性人工肛門，對病患的心理及生活品質帶來極大的打擊。

經肛門來執行低位直腸腫瘤的切除，是這類型病患的福音。首先，病灶的位置接近肛門，特別是骨盆腔狹小的肥胖患者，執行傳統腹腔鏡手術的難度相當高，改由肛門進入來執行腫瘤的摘除，其手術路徑相較之下短得多，不必先經過彎彎繞繞的大腸區，也有利於醫師判定是否得以保留肛門及更多的健康組織。

針對早期發現的直腸癌患者，若其腫瘤直徑小於 3 公分且腸壁侵犯不嚴重，可以執行經肛門微創手術 TaMIS (TransAnal Minimally Invasive Surgery)。TaMIS 一般多指經肛門直接摘除腫瘤部位並進行縫合，不用切除直腸及肛門，切除後的腫瘤亦由肛門直接取出，手術最快可在 1 小時之內完成，身體外觀上完全無疤痕，有助於減輕患者疼痛及縮短術後恢復時間。

2. 經肛門內視鏡複合手術，執行全直腸繫膜切除術 (TaTME)

另一種常見的直腸癌手術方式為全直腸繫膜切除術 (Total Mesorectal Excision, 簡稱 TME)，指的是在切除腫瘤時一併清除與直腸相連的軟組織，包含相鄰的血管與淋巴。這種手術方式可以有效降低局部復發率及提高病患的長期生存率，目前已成為中、低位直腸癌手術的標準步驟之一。

以目前的技術而言，9 成以上的直腸癌患者都能採取微創手術執行 TME，

近年來更可結合肛門內視鏡，進行 TaTME 經肛門全直腸繫膜切除術。

TaTME (TransAnal Total Mesorectal Excision)，簡單來說是結合腹腔鏡與經肛門內視鏡切除直腸腫瘤的先進技術，由兩組醫療人員自病灶的兩端同時向腫瘤位置前進，除了一組執行腹腔鏡手術的醫師，由腹部進行腹腔鏡大腸切除術之外，另外還有一組人員由肛門同時施行直腸腫瘤切除手術，不僅手術時間比過去縮短一半，病人恢復也更快。

技術上來說，從肛門到直腸本來就是最近的路，經肛門執行全直腸繫膜切除手術可以直接看清楚腫瘤組織，也由於距離骨盆較近，不易傷到鄰近的器官或造成出血，除了更有把握切除足夠的安全距離外，病人也得以保留更多的直腸，增加保留肛門或排便功能的機率。

此外，切除後的腸道可以自肛門端拉出體外，不必像過去把腹部傷口加大以取出標本，因此，病患亦可選擇腹腔鏡這組醫師以「單孔」方式進行手術，僅在肚臍上切開一個小傷口，使手術對身體的直接損傷降至最低，術後幾乎無疤痕，病患得以在最大可能保留直腸與括約肌功能的狀況下，更快回復正常生活。

無論是 TaMIS 或 TaTME，經肛門內視鏡手術對於中、低位直腸癌的治療，相較於傳統腹腔鏡手術具有更多的優點，但這種手術方式未必適合每一位病患。此類手術的能否施行，外科醫生本身的學養經驗佔有最重要的決定性。破壞性手術，簡單易行，重建性的手術則要看醫師本身的熱忱與良知，如何治療病症由醫師判斷決定，接不接受則純為病人的抉擇。肛門的保存，是直腸癌病人之所期望，亦是直腸外科醫師所努力的目標。但必須是在疾病能徹底切除且有安全距離的前提之下始得為之。

在過去永久性的人工肛門，曾經是直腸癌手術必然的結果。現在因技術的不斷進步，只有不到百分之五的直腸癌病人，需要永久性的人工肛門。

3. 達文西機械手臂手術

達文西手臂是美國於 1999 年研發的產品，有別於腹腔鏡手術所使用的兩根長棒子，達文西手臂則擁有 4 支手臂，包括 3 支操作機器手臂，1 支內視鏡攝影手臂。微創手術有點像夾娃娃機，隔著玻璃把娃娃從小洞拿出來。腹腔鏡、達文西都是微創手術，差別在「工具」。腹腔鏡是用加長器械，而達文西是機械手臂。

根據大規模的跨國研究顯示，達文西手術時間更長、手術花費更高，但沒有明顯好處。²³

(七)化學治療、標靶治療或放射治療治療

大腸直腸癌若能手術切除，切除下來的標本會送病理組織化驗，經包埋，固定，切片，染色後，用顯微鏡檢查，看腫瘤侵犯的深度及淋巴腺是否有癌細胞的轉移，以決定癌症的期別，作為是否需要後續化學治療、標靶治療或放射治療的依據。

化學治療、標靶治療或放射治療則作為輔助性治療。對於癌細胞已經侵入淋巴結的病人，運用化學或放射線治療，可以降低部份手術病人癌復發的危險，改善手術存活率。

接受結腸直腸癌治療之後，不代表從此以後就可以高枕無憂，因為你屬於大腸癌的高危險群，必須接受定期的追蹤與檢查，例如大腸鏡，抽血檢驗，胸部 X 光，和超音波檢查等等。

(八)大腸直腸癌的預防

目前為止，雖然沒有單一方法可以完全預防大腸癌的發生。但是我們可以朝降低危險因子努力。預防癌症除了先天無法調控的因素，如基因突變、遺傳、老化之外，可以從以下幾方面來著手：

1. 天天五蔬果：是指每天至少要吃 3 份蔬菜及 2 份水果，蔬菜一份約煮熟後半個飯碗的量，水果一份相當於一個拳頭的大小。健康飲食（高纖，低脂），限制過多卡路里的攝取，少吃肉類及油膩食品，可減少約 20~50% 得到大腸癌之機會。
2. 每日動一動：維持每日運動，能幫助腸道也動一動，可減少約 40% 得到大腸癌之機會。
3. 良好的作息習慣，養成健康排便習慣，維持理想健康身體質量指數 [Body Mass Index, $BMI = \text{體重 (kg)} / \text{身高 (m)}^2$]: $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24 \text{ kg/m}^2$ 。
4. 定期做篩檢：定期糞便潛血檢查，可早期發現大腸癌，並有效降低約 20% 死亡率。

²³ Association of Robotic-Assisted vs Laparoscopic Radical Nephrectomy With Perioperative Outcomes and Health Care Costs, 2003 to 2015. JAMA. 2017;318(16):1561-1568.

大腸直腸癌的預防，要從健康飲食、規律運動、體重控制、遠離菸害及定期篩檢，唯有透過健康生活型態的調整才能夠遠離腸癌。健康飲食注重低油脂高纖維的食物。若有上述所提到的危險因子，或是前面所提到的症狀，請立刻找大腸直腸肛門科或腸胃科專科醫師詢問，進行篩檢。因為只有及早篩檢發現問題，才能在問題惡化前妥善治療。如果年齡已經超過五十歲，但是沒有其它的大腸癌危險因子和徵狀，建議進行一次大腸鏡檢查。現有無痛大腸鏡檢查，千萬不要因恐懼或怕羞而逃避。如果你已經確定有大腸息肉或大腸癌的話，一定要告訴其它家族成員，因為他們也成為大腸癌的高危險群。

大腸直腸癌不是絕症，早期發現治癒率高達百分之八十以上。目前國內醫療已相當進步，有先進的篩檢方法，新穎的鏡檢設備，人性化的無痛檢查，詳細的術前評估，專業的手術技術，完整的輔助治療，定期接受包括糞便潛血檢驗之健康檢查，早期發現，早期治療，才是避免大腸直腸癌的不二法門。

第二節、無痛內視鏡檢查及手術

胃、大腸內視鏡檢查是診斷胃潰瘍、胃癌、大腸內腫瘤、息肉等病灶最好之工具，相較其他如放射性影像檢查、生化血液分析等有較高之敏感性與特異性。傳統上所有胃鏡大腸鏡檢查幾乎都是在病患清醒的情況下進行，但由於其會引起相當程度之疼痛與不適感，許多病患無法承受這樣之痛苦。因此，現今越來越多胃鏡大腸鏡檢查進行時，在受檢者身體狀況容許下，醫師會給予一些鎮靜劑或止痛劑藉以減輕病患痛苦以利檢查之施行，特別是在於病患身體無恙或進行例行身體檢查時。文獻中記載可以單一或合併使用不同種類之鎮靜及止痛藥物來為病患進行無痛胃鏡大腸鏡檢查，雖然這些藥物各有其優缺點，但皆為麻醉醫師所較熟悉。此外，施行無痛胃鏡大腸鏡檢查危險性雖不高，但並非全無副作用，因此許多大醫院均會請麻醉專科醫師來負責此項檢查之麻醉，使得病患檢查之安全與品質皆能獲得最更佳之保障。

一、無痛胃鏡大腸鏡檢查之國內外現況

雖然在病患可忍受之情況下，胃鏡大腸鏡檢查可以在不給予任何藥物下完成，以德國、日本和芬蘭為例，絕大部分受檢者是在沒有接受任何麻醉藥物下進行。但是由於大腸鏡為高度侵入性(invasive)治療，還是有很多病患會產生相當之疼痛與不適，甚至因而引發心肌梗塞、腦中風等嚴重併發症，故在英國與美國，

在病患同意情況下，醫師均廣泛地給予絕大部份受檢者鎮靜劑和止痛藥以減輕其恐懼與痛苦，甚至在法國 80%進行大腸鏡檢查之病患均接受全身麻醉。

過去，在台灣臨床上大部分胃鏡大腸鏡檢查都以作為疾病之診斷和治療為主，健康檢查受檢者所佔之比例並不高，加上以往國內此項麻醉服務因為人力不足、健保不給付及成本考量等因素而並不普及，因此與英美各國比較，台灣無痛胃鏡大腸鏡檢查所佔之比率很低。但是近年來由於民眾越來越重視健康，自費無痛胃鏡大腸鏡檢查已成為新的醫療流行趨勢，許多人會選擇醫療服務品質信譽良好之醫院檢查，加上新的鎮靜麻醉劑及監視器問世，使得麻醉醫師更能運用自如，提供更安全、舒適、人性化之高品質麻醉服務。

二、何謂無痛胃鏡大腸鏡檢查

一般來說在無痛胃鏡大腸鏡檢查中使用的麻醉方式為清醒鎮靜(conscious sedation)，即經由靜脈給予短效之鎮靜及麻醉止痛藥物在胃鏡大腸鏡檢查過程中減少病患焦慮、不安與疼痛，並使病患忘記檢查時之痛楚，此種麻醉方式對病患意識只有輕度的壓抑，故絕大多數病患仍有能力維持本身的呼吸通暢和回應醫師問話，檢查時甚至可做到可親自觀看檢查電視螢幕，內心平靜，不會覺得疼痛難忍，事後神智也很清醒，但就是記不得檢查時的事(antegrade amnesia)，彷彿做了一場夢，絕大部分受檢病患都有很愉快的經驗，滿意度高達 95%以上。要達到適當之麻醉需有謹慎、經驗豐富之麻醉醫護人員及適當之監護器監視，小心逐次地給予藥物，確認病患有足夠的氧合作用(oxygenation)和穩定的血壓、心跳與呼吸。當病患表現昏睡、說話含糊和身體放鬆的時候，即表示已經達到清醒鎮靜的麻醉深度，並不宜再增加藥物之給予。麻醉的程度應調整到既安全，病患能舒服完成內視鏡檢查。如此一來，可達到減輕病人焦慮、痛苦、消除檢查時的負面記憶的目的。在講求人性化醫療、病患就醫品質日益提高的時代“清醒鎮靜”的無痛胃鏡大腸鏡檢查治療方式似乎逐漸成為潮流。

三、無痛胃鏡大腸鏡檢查使用監視器之必要性

根據瑞士 Froehlich(1994)等學者之回溯性研究指出 115,200 位病患接受腸胃道內視鏡檢查時，有 60%的病患使用鎮靜劑，但只有不到 25%的個案使用監視器，其中使用血氧飽和度監測器(oximetry)只有 2.5%，使用心電圖監測者佔 0.8%，總共造成與使用鎮靜麻醉藥物有關之併發症發生率為 0.10%，其中並沒有因使用鎮靜劑而死亡之病例，故此檢查之罹病率(morbidity)及死亡率(mortality)均很低。

此一結果對比高度使用監測器之國家如美國(0.06-0.54%)，並無明顯之差異，所以他們認為在進行腸胃道內視鏡檢查時，即使沒有使用監視生命跡象之監視器，在臨床上發生與鎮靜麻醉有意義相關之併發症並不常見，但尚需進一步做前瞻性研究才能評估監測器之使用與腸胃道內視鏡檢查因給予鎮靜止痛劑產生併發症之關聯性。依作者之見，因為此研究報告已較陳舊，而現今英美各國麻醉相關法令規定只要進行麻醉，就必須具備一些基本監視系統，如血氧飽和度監測器、血壓、心電圖等，以保障病患之安全。國內健康檢查因為自費項目，若有意外併發症產生，更易造成醫療糾紛，需格外小心，故完善監視器之設置不容忽視。

四、副作用和併發症

使用靜脈注射藥物作為內視鏡麻醉，有可能產生不良之心肺副作用機率為15%，包括血氧濃度降低於90%、心電圖之改變、心跳每分鐘少於50跳或大於100跳、收縮壓<100 mmHg等，尤其合併使用BZD和嗎啡類藥物會增加危險性。心肺併發症之危險因子為：年老、肥胖、肝硬化、低基礎血氧濃度(<95%)、緊急內視鏡檢查、心博過速、冠心病及美國麻醉協會體位分級(ASA) III或IV，2因此嚴重心肺功能不全或危急之病患不建議在檢查中使用麻醉或鎮靜劑藥物。使用鎮靜麻醉藥物在臨床上有意義的併發症機率約為0.10%，甚少在胃腸內視鏡檢查中因使用鎮靜麻醉而死亡之案例。為了增加安全性，所有藥物在提供足夠之舒適和協助檢查進行下應盡量減少使用量；並於檢查室或恢復室內應備妥急救藥物和設備。

第三節、大腸直腸肛門科特殊醫療風險

大腸直腸肛門科屬於外科系，本科特殊的醫療風險，主要在手術及檢查與麻醉方面。

一、手術的一般風險

(一)手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。

(二)除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。

(三)因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。

(四)手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、大腸鏡檢查之可能併發症及風險

(一)大腸鏡檢查的危險性及併發症包括可能造成極少數的患者發生大腸穿孔、大量出血、感染或其他的併發症而需住院觀察治療，必要時需輸血治療，少數情況甚至需要施行緊急開腹手術。

(二)根據 2011 年美國腸鏡檢查學會(ASGE)²⁴，由 Fisher 報告的大腸鏡併發症比率，為 2.8/1,000 例。而另一篇 2012 醫學研究顯示，嚴重的不良事件(Serious Adverse Events)發生率，是篩檢(Screening)每 1,000 人有 4.7 例，追蹤檢查(Follow-up colonoscopy)每 1,000 人則有 6.8 例。主要增加風險的原因是，年紀大及息肉切除手術。沒做切片檢查(Biopsy)或息肉切除，也可能發生穿孔，一般認為其機率大概是 1,000~2,000 分之一。

三、麻醉的風險

偶發危險性可能有藥物過敏造成休克，甚至腦缺氧進而演變成植物人狀態，或有生命危險。而做大腸鏡有麻醉及沒有麻醉發生大腸穿孔的機率，根據 2013 年的一篇醫學研究顯示，兩者的機會相當。²⁵而肺炎風險麻醉組比較高。麻醉除了容易噎到，呼吸心跳也會受影響。對藥物敏感的人，甚至會出現致命的呼吸中止。需要專業麻醉團隊持續監測及處理，千萬別輕忽麻醉風險。目前國民健康署，為了降低大腸直腸癌的死亡率，降低大腸直腸癌治療所造成的醫療成本與家庭、社會的龐大負擔，正在推行大腸癌的篩檢，利用定量免疫糞便潛血檢查方式，來篩檢大腸癌。當檢驗出糞便潛血陽性反應時，就須進一步安排全大腸鏡的檢查。盼能早期發現，盡早治療。為了提高後續做大腸鏡檢查的確診率，衛生所承辦人員積極的鼓勵糞便潛血陽性反應個案接受大腸鏡檢查，但對於大腸鏡檢查及處置的風險隻字未提，增加了做大腸鏡發生醫療糾紛的風險，因此接到衛生所因糞便潛血陽性反應轉來做大腸鏡的民眾，更須詳細說明大腸鏡檢查的危險性及併發症，不可不慎。

²⁴ 美國腸胃醫師學會 The American Society of Gastroenterology (ASGE): www.asge.org.

²⁵ Complications Following Colonoscopy with Anesthesia Assistance: A Population-Based Analysis. JAMA Intern Med. 2013 Apr 8; 173(7): 551-556.

第四章 醫糾案例研析

第一節、 案例一：足部生蛆死亡案

一、 案例背景事實

這是我行醫生涯中遭遇的第一件醫療糾紛案件。病患張先生，一位七十五歲老榮民，患有高血壓及糖尿病，因中風臥床多年，收住於蘇澳榮民醫院的慢性病房。當時我從台北榮總接受外科專科醫師訓練五年完畢，下鄉到蘇澳榮民醫院服務剛升任主治醫師半年。病患的聯絡人是他兒子，住台北，很少來探望父親，我也從來沒見過他。由於長期臥床，足踝產生壓瘡，組織壞死發燒，有引發敗血症的危險。由我收治，給予抗生素治療，並預備施行清創手術治療，以清除壞死組織以遏止病情進一步惡化。於是請家屬前來填寫手術同意書，準備手術。

病患兒子於周六中午前來醫院，全院只留下值班醫師，所以由護理人員稍作說明，請家屬填寫同意書，預備星期一進行手術。據護理人員告知，解釋病情時，該區照顧的阿嫂，在旁加油添醋道：「你看，傷口都長蛆了，還不趕快填同意書，趕緊處理」。病患兒子聽聞便開始責怪我們沒把父親照顧好，擺到都長蛆了，在病房護理站，責罵護理人員及醫院。值班護理長、醫師與值班一級主管考副院長也都出面安撫，病患兒子簽了同意書後，憤然離去。就在當天晚上，病患張老先生就因敗血症引發心肺衰竭死亡。整個事情過程，值班護理長都於第一時間以電話向我通報，我當時正在支援宜蘭仁愛醫院幫病患開痔瘡切除手術。術後我問她需不需要我前往處理，她回報說副院長已出面處理完畢。

由於正式的死亡診斷書要工作日才能蓋院章出具，所以請家屬星期一前來辦理後續事宜。病患兒子星期一依約前來，辦完手續後烙下「我們法院見」的狠話。我星期一早上看門診，想前去跟家屬當面解釋病情時，家屬已離去。知道家屬反應我惴惴不安。接下來，要做的第一件事：調出病歷，看值班醫師、護理師、住院醫師如何記載，有無遺漏的地方，然後簽名蓋章，病歷完成。病歷紀錄是釐清真相還原事件的重要依據。

一個星期後，醫院接到宜蘭地檢署公文，要醫院提供已故張先生完整病歷，絲毫未提調閱病歷的原因。我們醫療團隊完全依照事發當時的情形作完整記錄，雖然如此，心裡還是存有莫名的憂慮。這段期間，院長特地過來探望我，安慰我，幫我加油打氣，告訴我他有請人去了解，這個案子目前在地檢署是他字案，不是

偵字案，頂多是以證人身分去說明一下，不會有事的。

半年過去，都沒有進一步消息，本以為事情已落幕。突然有天，家裡接到一封宜蘭地方法院寄來的掛號信，社區管理員通知我領取，接完電話，心涼了一半。拿到信件，打開一看更是頭皮發麻，我被列為被告，通知我於指定時間出庭。我當時慌了，急忙去見院長，院長要我別驚慌，指派政風室主任陪我出庭，並請秘書室主任幫我約醫院的法律顧問吳振東律師，至律師事務所面談諮詢。

出庭的前一天下午，我去見吳律師，把我的情況說給他聽，本來想請他陪我出庭，他表示只要我確認自己沒有醫療過失，不會有事的，拒絕陪同我出庭的請求。出庭當天上午，我再次前往政風室主任辦公室，跟他再確認下午在宜蘭地方法院見面的時間及地點，令人沮喪的是，他表明他去沒有用，也不能進去法庭幫我。院長下午要主持院務會議，也不能陪我出庭。我當時心灰意冷，在最需要幫助的時候，醫院的同事都躲得遠遠的。我懷著無助的心情，下午獨自一人，前往宜蘭地方法院第五法庭報到。

第一次上法院，走在法院的走廊，帶著一頂帽子，頭低低的，深怕遇見熟人。沒想到同一法庭在我之前有那麼多案件，坐在法庭外等候許久，如坐針氈。終於輪到我了，我進入法庭，一股肅殺的氣氛令人不寒而慄。奇怪，怎麼只有我一個人走進來，難道告我的人沒來嗎？我被引導到法庭中央的一個站台處站立。法官高坐前方，再次確認我的姓名，並告知現場有錄音錄影存證。宣布判決，內容大概是經送醫審會醫療鑑定，無醫療過失，宣判無罪。問我有沒有意見？我說「本來就沒有過失，謝謝還我清白」，庭訊就此結束。步出法庭，如釋重負，馬上打電話告訴太太這個好消息。這就是我第一次上法院出庭的經驗。

隔天上班，護理長、院長都來關切開庭的結果，我對他們的關心表示謝意。本想心中的不安會就此消除，不料幾天後，社區管理員又電話通知我有法院的掛號信函，要我趕緊來領取，心中的不安再度竄升。打開信件一看，原來是法院寄來的判決書。看完判決書，看到文末有一行字，「收到判決書後十日內可提起上訴」，天啊，告我的人會不會提出上訴，我又陷入恐慌，隨日子一天一天的過去，沒再接到法院的信函，不安才慢慢淡去。

二、案例成因分析

重新檢視整起事件，發生的根本原因為：

(一) 環境設備不足，當時病房無空調，開窗讓空氣流通，紗窗缺損導致蚊蠅

容易進入。

(二) 照顧不佳，產生壓瘡

(三) 解釋病情溝通不良

(四) 醫療工作過重，門診、檢查、手術，安排過於緊湊。

三、改進方案

(一) 針對壓瘡：

勤翻身，補充營養才能避免壓瘡的發生。在當時這是做不到的，因為一位護理人員要照顧 15 個病人，一個病房 60 個病人只有三位阿嫂。像張先生這類長期臥床的病人，需要定時翻身，定時用管灌餵食。一般經濟狀況還可以的家屬，會請一位一對一的看護，專門照顧他。經過多年來的改善，目前榮民病房有加裝空調，病房有整修，都有紗窗。護理人員照顧病床數比例也有醫院評鑑制度來把關，照服員人數也有增加。

(二) 針對解釋病情的溝通不良、態度不佳的問題：

加強教育訓練，尤其人際溝通技巧的課程，有請專家來演講，辦工作坊 (Workshop)。病情解釋，只限於醫師及專科護理師執行。

(三) 對於醫療工作過重，應再聘請外科專科醫師，以分攤工作。門診，檢查，手術的安排，須適度調整，避免過於緊湊。

四、案例所涉法律議題

足部生蛆死亡案中病患因組織壞死需進行清瘡手術治療，通知家屬填寫手術同意書準備手術。此部份涉及法律議題為「醫療行為之同意書簽署」，隨著病患自我決定權的保障漸趨完備，一張看似制式的同意書乘載醫師的說明義務與病人參與、資訊共享的權利。

本案醫者不幸捲入醫療糾紛訴訟程序，從病患家屬一句怨懟的「我們法院見到每回法院掛號信帶來的震撼教育及開庭前的無數心理建設，迎來法院上白熱化的一段「送醫審會醫療鑑定，無醫療過失。宣判無罪！」此處隱含兩項醫者相當在乎的法律議題，即對於「醫療過失」的認定與「醫療鑑定」的採用。訴訟上業務過失致死「以刑逼民」的亂象是否仍然存在？醫療鑑定制度在法界與醫界兩道高牆間悄悄展開翻越的可能，然而其專業及精準仍有許多能改善的層面，頗值得深入探究。

第二節、 案例二：鏡檢後大腸發炎剖腹探查案

一、 案例背景事實

這是截至目前為止我遭遇最慘烈的醫療糾紛案件。病患陳先生，45 歲男性。因先前有直腸類癌接受過大腸鏡息肉切除手術，復回診蹤檢查。大腸鏡檢查完後，腹部絞痛。以下是我當時事件發生時，寫給醫院的事件報告：

於 98 年 3 月 17 日(星期二)上午十點左右，陳先生在蘭陽仁愛醫院接受無痛全大腸鏡檢查，發現有息肉，一併施行大腸息肉切除術。陳先生於上午十點半左右回病房，回病房後一直感覺腹部疼痛及排便有血，病房醫護人員電話告知我，當時我還在手術室進行手術(當天我共有九台檢查及手術必須進行，陳先生是第五位。)因此指示病房醫護人員先行探視並予症狀治療及密切觀察。因為行無痛全大腸鏡檢查後的病患有一部分人因空氣未排出，會脹氣腹痛；有接受息肉切除的病患，剛切完息肉有少數病患會有一點血便。但是病患之腹痛、血便症狀一直未緩解。我於當日最後一台手術結束後隨即前往探視病患(時間已到下午一點多了)。先予理學檢查病患，發現腹部疼痛僵硬，有反彈痛，再跟隨病患前往廁所，發現馬桶的確有血塊，我初步臆斷，懷疑是息肉切除傷口太深造成大腸穿孔引發腹膜炎，為求慎重，趕緊安排腹部電腦斷層檢查，看是否有穿孔造成腹腔有游離空氣。

下午兩點多，我去電腦斷層檢查室看影像，初步並未發現腹腔內有游離空氣。隨即前往病房探視陳先生，時間已接近下午三點鐘左右，檢視病患情況，理學檢查病患腹部仍僵硬疼痛，有反彈痛，有腹膜炎跡象，因此與病患陳先生及陳太太說明，可能息肉切除後大腸穿孔造成腹膜炎，需緊急手術治療。最後，大家決定轉院至聖母醫院進行剖腹探查手術。於是辦轉診手續，我就開車載陳先生及陳太太前往聖母醫院急診室，於車上同時電話連絡聖母醫院人員於急診室預作準備。

抵達聖母醫院急診室時，血壓 110/70mmHg，心跳 88/min，呼吸 20/min，體溫 36.8' C。實驗室檢查：白血球 15890。Seg. :92.8%。手術順利於晚上六點左右進行。

剖腹探查手術發現：息肉切除部位的大腸發炎腫脹，並未有穿孔。由於該段大腸發炎，腹腔底部有 10cc 的膿狀液體，我們做了細菌培養之後，用 10,000cc 的溫生理食鹽水清洗腹腔，由於闌尾也在發炎區域附近，因此將闌尾切除，以避免後續的併發症，腹腔清洗完之後，置放引流管。手術過程平順，手術過程中，

亦曾請陳太太進手術室中當面檢視此段大腸發炎的情形，並向她說明開刀的發現。最後診斷為大腸鏡息肉切除術後結腸炎併腹膜炎

在陳先生還在聖母醫院住院的同時陳太太就開始請宜蘭縣議員江聰淵議員出面，主持公道。當時醫院紀錄如下：

3/18 日其妻來院要求索取 CT 光碟

3/20 日來院要求 cope 病歷(含所有報告)及出院病摘

3/20 日下午陳妻與哥要求至江聰淵議員服務處協商：

1、陳先生術後有出血腹脹等不適隨即告知病房護理人員而護理人員冷漠不理

2. 陳先生術後 3 小時醫師才說需要開刀延誤醫治黃金時間

3. 林天立醫師給陳先生急做電腦斷層攝影發現有腹膜炎需緊急開刀而轉至聖母醫院仍由林醫師開刀陳太太說林醫師為了掩蓋疏失才這樣作

4. 於聖母手術又未告知就自行將盲腸摘除

5. 此次住院是林醫師要求追蹤安排住院但護理紀錄確紀錄我腹痛

會議決議：等陳先生病況穩定後再作協商

4/8 日第二次協商於江議員辦公室由辦公室主任主持

決議：請陳提出條件給江議員再由醫院與江議員聯絡條件內容是否可達成協議

4/10 日江議員電話連絡得知陳提出 100 萬，但江主任已代為轉達與我方之差距恐難達成。

4/11 日由李先生電會江議員表達雙方認知差異大請代為引導由公正單位調解。

衛生局來函通知 5/1 日下午 2 點舉行調解會。

院方為此準備聲明稿，摘錄如下：

針對陳太太所質疑三點說明：

(1)陳先生術後有便血、腹痛等情形，醫護人員探視後都有告知本人，我們的處理是先予觀察，並給與點滴及藥物治療，以緩解症狀。醫護人員所觀察的結果也都有向本人報告。

(2)經過一段時間的觀察並做完腹部電腦斷層掃描攝影，看到影像後隨即向陳先生及陳太太作說明，時間環環相扣，三小時是必要的，因此絕無所謂延誤醫治的黃金時間。「一段時間的觀察」這個程序是必需的，試問：難道術後腹部疼痛及排便有血，就立刻知道病因，就要馬上開刀嗎？再者，在這三小時內，是否有任

何處置或治療可以避免後續的剖腹探查手術嗎？答案應該是沒有，因為若是懷疑穿孔造成腹膜炎，就需要剖腹探查手術；而結腸炎併腹膜炎也是需要剖腹探查手術確定病因並做腹腔清洗及引流治療。此外，預防術後大腸發炎，我們都有做預防的措施：首先，大腸鏡受檢者需服用瀉藥將大腸清乾淨。其次，於手術前我們有使用預防性抗生素，藥效可維持六到八個小時。因此在這觀察期間都在抗生素藥效含概範圍內。而且術後必需服用三天的腸道消炎藥。因此，我們術前術後該注意的都注意了，剩下能做的就是「觀察」。觀察病情的發展。

(3)我本身為資深的直腸外科醫師，對於大腸鏡檢查及術後可能發生情形的處理累積了不少經驗。也幫醫師同業處理過不少類似問題，從出血的處理、發炎的處理、大腸破裂穿孔的處理，甚至到需要做人工肛門的處理，全都經歷過。我有自信且相當有把握可以處理像陳先生這樣的情況，我相信陳先生也相信我的專業才會給我開刀。從手術後得以迅速復原排氣，拔除引流管，及恢復進食可以得到證明。怎會變成「掩蓋疏失才這樣做」這類的話語出現，我積極的全力醫治陳先生，竟得到這樣的對待，情何以堪。

最後，我必需對陳太太對我的不實指控做鄭重澄清，陳先生是因結腸炎而導致腹膜炎，並非大腸破裂。腹部電腦斷層正式報告：結腸發炎，無腹腔內游離空氣。可資證明。同時，手術中証人歷歷，在手術室中共計有五位同仁在場，事實有目共睹。而且手術過程中，亦曾請陳太太進手術室中當面檢視此段大腸發炎的情形，並向她說明開刀的發現。所有記錄也都清楚記載。反問，若是大腸穿孔破裂，陳先生會是現在這樣的狀況嗎？若是大腸穿孔破裂引發腹膜炎，病情延誤，陳先生可能現在引流管還流著大便，腹部裝個人工肛門，結果完全不同。

由於雙方意見毫無交集，這場在衛生局由三位調解委員所主持的調解會不歡而散。接下來的幾天，陳太太三番兩次地來醫院要求醫院要給個交代。江議員後來也拒絕了陳太太的請託，認為陳太太的要求不合情理。在幾天後的一個晚上，在我看診時間，陳太太來醫院我的診間外面咆哮。院方在這段期間，都有派一位值班線上人員，在醫院大廳待命守候，以應付突發事件。陳太太一出現，院方處理人員馬上上前安撫，將她引導到醫院行政區會議室離開門急診區，以免影響其他就醫病人的就醫權利。陳太太手持她先生腹部開刀傷口的放大照片，揚言已經找好媒體記者，今天不給個交代的話，明天就會來醫院丟雞蛋撒冥紙，在媒體面前控訴醫院的刻意逃避，並要求我也要出面解決，我告訴院長祕書，我下診後會

過去。

那天晚上的門診，我印象特別深刻，我深吸了一口氣告訴自己：面對這麼大的壓力，我一定可以克服的。我鎮定地把門診的病人一一看完，門診結束後，慢慢走向行政區會議室，我的腳步特別沉重，回想起這段日子來所受的誤解與委屈，不禁掉下淚來。當醫師這條路，怎麼這麼辛苦，真的是萬念俱灰。我曾在聖母醫院幫陳先生的傷口換藥時，向陳先生及陳太太當面道歉，也取得陳太太的諒解，為什麼陳太太一直要我們給個交代？

到了會議室門口，院長秘書告訴我，陳太太在裡面。不像從前，秘書並沒有交代甚麼，畢竟該說的都說得很清楚了。打開門，見到陳太太，我坐下來，再度向她表達歉意。陳太太啜泣著，我的眼睛也模糊了，眼淚滴了下來。陳太太請求我，要醫院解決這件事情，她沒有要責怪我的意思。事情都講明白了，她要求醫院要賠償。院方代表，醫院的董事之一，掌管財務及人事的潘主任表示，她代表醫院可以全權處理。潘主任先徵得陳太太同意，讓我先回去休息，因為我明天一大早還有手術要進行，陳太太也點頭向我致意。秘書立刻帶我離開現場。走出會議室，我甚麼也不想說，我真的累了。回到家，洗完澡，已經半夜十二點了。這時，手機傳來一封簡訊，是院長秘書傳來的，她說事情已解決，請放心，這段時間，您辛苦了。這件醫療糾紛最後由院方支付十八萬八千八百元賠償金，簽具和解書落幕。

二、案例成因分析

重新檢視整起事件，發生的根本原因為：

- (一) 沒有立即反應病患的要求。大腸鏡做完後腹痛，過了三小時我才去探視。雖然有住院醫師前去探視，但是沒能解決腹痛的問題。不能親自去探視的原因，是安排太多的檢查及手術，為了趕著將九台的大腸鏡檢查，息肉切除手術及痔瘡瘻管手術完成，沒有辦法立即出來探視及處理病人狀況。
- (二) 解釋病情的溝通不良，病情太緊急解釋不清，病患及家屬未充分理解。
- (三) 大腸發炎腹痛原因事後回想可能係因大腸鏡清洗機消毒液殘留引發化學性灼傷，才引起這麼嚴重的發炎反應。
- (四) 未取得家屬同意將病患闌尾切除，程序上有瑕疵。

三、改進方案

- (一) 針對大腸鏡檢查後有不適症狀：

請專科護理師立即前往探視，若處理後症狀還未緩解，立即通知我，我在兩台大腸鏡檢查中間打報告時間，前往探視病人。至於檢查及手術的安排，須適度調整，避免過於緊湊。

(二)針對病情解釋部分：

再怎麼緊急，也要將病情及處理方式說明清楚，在病患及家屬充分理解後才能進行。本案例中家屬質疑未經同意貿然將病患闌尾切除，雖然這是屬於醫師依當時的情況，專業判斷後所做的決定，但未於術前向病患及家屬說明，導致家屬的不滿，的確是當時的疏忽。

(三)病患若不幸發生併發症，可以考慮及時妥善的安排轉院，請求他院熟識的同科醫師代為處理。才不會被質疑為掩飾疏失，一手遮天。

(四)針對大腸鏡的消毒：

內視鏡檢查室技術員的教育訓練就顯得特別重要。內視鏡清洗機須請廠商定期保養。

四、案例所涉法律議題

鏡檢後大腸發炎剖腹探查案中，病家與醫者對於醫療行為「觀察」一事，即產生分歧，病家認為耽誤醫治的黃金時期，醫者則說明觀察期間都在抗生素藥效含概範圍內，能注意的細節已一一盯緊，剩下能做的就是「觀察」。

醫療行為中，生病是一個端點，病情的發展是放射而出的線，在結果的端點未落定前，沒有人能決定這條線的長短與方向。醫者能憑藉自己的專業和經驗預測，但誰敢否認由命運把控的程度更多？本案除了成因錯綜複雜、紛爭解決歷程百般折磨，所涉法律議題廣博——除了醫療行基本的同意書簽署流程，更著重於醫療糾紛「非訴訟調處機制」、「醫療事故補償制度」，往醫病關係長遠良善關係發想，則應探討「醫療事故預防」之計。此外，醫者長久對法界的叩問也在此案凸顯：民事求償的標準究竟為何？

第三節、 案例三：鏡檢時大腸穿孔剖腹修補案

一、案例背景事實

本案例是執行大腸鏡檢查過程中發現大腸穿孔，緊急做後續處置的案例。當時的事件報告節錄如下：

病程:病患於大同鄉衛生所接受免疫法糞便潛血檢查，結果為陽性，轉診來本

院接受進一步全大腸鏡檢查。過去病史方面，病患患有高血壓，六年前曾中風，半邊肢體無力。

病患於 104/3/10 接受無痛大腸鏡檢查。大腸鏡檢查中，發現大腸穿孔，須立即處理。與開刀房外等候的病患女兒討論，是否要立即在本院手術處理，施予剖腹探查，修補大腸穿孔，並可能做暫時性結腸造瘻，或轉院處理。經與病患女兒，女婿，及病患妹妹討論後，決定立即在本院接受手術。手術中發現，於乙狀結腸轉彎處穿孔，施予大腸穿孔修補術，無需做暫時性結腸造瘻。術後連絡陽明大學附設醫院加護病房，安排入住，做後續術後照顧與治療。

104/3/11 出加護病房，轉普通病房治療。術後復原順利。術後七日開始進食，傷口無感染。術後第九日出院。術後兩周，門診拆線。術後三周，門診複查，情況良好。

病患的哥哥，時任宜蘭縣大同鄉鄉民代表，在病患仍在陽明大學附設醫院住院期間，曾數次親自打電話來醫院表達關切與不解，說簡簡單單的大腸鏡檢查怎麼會搞成這樣？每次都由院長秘書接聽，並且詳加解釋及說明。隔一兩天，就會接到同樣的電話，還好院長秘書都很有耐心的聽他敘述，予以安撫。於出院前一天，民代表示希望院方針對這次醫療產生的費用能代為支付，另因乏人照顧，希望給予一個月的照護費用。院方也同意協助支付個案住院期間之自費費用(含本院及陽明大學附設醫院)以表慰問，維持良好醫病關係。以下是當時醫院針對此事件的事件紀錄：

- 一、3/10 日約 4 點與林天立醫師聯繫時，林醫師表示今早上鐘案於本院執行 TCP 時後有腸穿破出血情形，馬上進行大腸修補手術，目前已轉場大 ICU。
- 二、3/11 日追蹤，林醫師表示該手術需觀察壹週後才知道是否穩定，目前個案狀況及陽大醫療照護由林醫師負責，如有任何狀況會與我聯繫，另轉達林副有詢問對此事件經過醫護及相關單位處理過程是否有需提建議改善，林醫師表示等病人病況穩定時再開會討論暫時 3/12 日舉行第一次事件檢討會(如附件)
- 三、3/12 日聯繫說明個案家中環境差有 4 男 3 女育有子女壹名(已婚生子)
- 四、聯絡陽大開刀房護理長。(緊急調借支援器械及醫材流程討論)

秘書室表示因之前院內曾發生器械外借致其他醫師要使用時才知道被外借故王副院長公告外借需呈報至院長同意。目前將再作內部討論後再通

知後續合作流程。

- 五、3/17 日接獲來電衛生局傳達因大同鄉民代至衛生所投訴後由衛生所轉衛生局癌篩中心來電通知個案今天要出院醫院不應該都沒做處理。約過半小時游課長來電關心並表示局裡沒有表示任何立場及意見只是對此事表關心。
- 六、3/17 日於早上約 11:00 由我及李先生代表醫務部親自至陽大關心個案並致燕窩禮盒，現場有鐘先生及妹妹(小妹)及女兒在場，個案復原狀況良好精神可持拐杖因 CVA with Right side hemiplegia，表明探視立場。妹表示：案哥(大同鄉民代)表示希望院方針對這次醫療產生的費用能代為支出另因乏人照顧希望給予一個月的照護費用。
- 七、3/18 日 12:00 召開醫糾關懷小組第 2 次會議
決議：TCP 手術造成腸穿孔風險有一定的比率，術中發現個案腸子組織狀況差且又有慢性疾病，事件發生本院於第一時間緊急手術處理，目前個案病請已穩定，事件過程應無醫療過失，但秉持醫病良好關係又考量個案經濟狀況本院同意協助支付個案住院期間之自費費用(含本院及陽大)表慰問維持良好醫病關係。
- 八、3/19 日由醫務部及董事會代表李先生至陽大病房與個案及家屬達成協議並協助家屬辦理出院手續。總計費用 30014 元(含住院自負費用及一個月療養費)支付給鍾先生雙方並立切結書一份。

二、案例成因分析

整起事件發生的根本原因，是大腸鏡穿孔的醫療意外事故引發後續的補償訴求。

三、改進方案

醫糾處理團隊持續的密切關懷處理，並對於病患及家屬的訴求及時的回應，使此一事件迅速且平和落幕。至於大腸穿孔，實屬大腸鏡檢查及大腸鏡息肉切除術的可預期的合理風險，且在執行前皆已告知，病患也知情同意，並以簽具侵入性檢查及手術同意書。

四、案例所涉法律議題

鏡檢時大腸穿孔剖腹修補案為六個案例中相對圓滿的醫糾事件，此事件能迅速落幕，關鍵在病患及家屬的訴求是在院方可以理解及可以接受的範圍內，因此迅速在出院當日達成協議，和平解決。考量病家經濟狀況其情可憫，院方支付的

費用慰問性質實則高於法律上補償性質。案例相關法律議題包括病家對醫療行的了解與同意、醫療糾紛非訴訟調處機制的運作、「補償」制度的可行性與醫者欲提點的注意事項將於第五章進一步說明。

第四節、 案例四：鏡檢後腹內大出血案

一、 案例背景事實

本案例是個案順利完成大腸鏡檢查，復原返家後卻發生在家腹痛休克，緊急就近送羅東博愛醫院急診處理，發現腹腔內大量出血，緊急做剖腹探查手術及止血的案例。當時事件報告摘錄如下：

病程:病患經常腹瀉，由潘院長經門診收住院進一步檢查及治療。於會診林天立醫師後，安排無痛內視鏡檢查。107-8-2 上午於麻醉下進行胃鏡及大腸鏡檢查。大腸鏡檢查結果發現乙狀結腸有輕微發炎現象，並無息肉生成，檢查過程平順。檢查結束後回病房休息，復原後隨即出院。

檢討:調閱該病患大腸鏡檢查錄影檔案，詳加檢視，整個檢查過程，並無發現任何異狀。

個案賴先生為保險公司的一名業務經理，事發後，請他與本院潘院長非常熟悉的同事，用 LINE 告知有這樣的事情發生，並傳了一張手術後腹部傷口的照片。潘院長也於第一時間將這件事以及照片 LINE 給我。當時我告知院長我會去了解看看。我聯絡到在博愛醫院任職的學弟，直腸外科當天為賴先生操刀的主治醫師余醫師。他將賴先生整個就醫過程跟我做了詳細的說明：

當天晚上八點左右，賴先生在家裡腹痛休克，被救護車送到羅東博愛醫院的急診室。到達急診室時，血壓較低，心跳快速，冒冷汗，經初步的處置及檢查，電腦斷層發現腹腔內有疑似腹內出血的現象，由於血紅素稍低，先給於輸血治療，由於早上才做過大腸鏡的檢查，懷疑破裂穿孔所造成，於是會診直腸外科。由於疑似不明原因的內出血，因此建議病人手術，剖腹探查以找出出血的原因。病患及家屬同意後，於當晚就進行手術。手術發現，腹腔內先前可能有過發炎造成沾黏，沾黏的部位剛好在乙狀結腸旁邊，很可能是我們在做大腸鏡的時候為了通過沾黏部位，使得沾黏的部位的大腸外面沾黏的部位撕裂開來，旁邊剛好有一條小動脈血管，那條動脈血管就開始出血，由於出血量不是很大，而且血是累積在腹腔內，所以到了晚上，症狀才出現。開刀時發現整個腹腔內大約有 1000 多 CC 的

血塊，清理之後經過仔細找尋，才找到腹腔內的那個小小撕裂處，經過簡單修補縫合後，血就止住了。手術後復原平順，十天後出院。

個案表姐為羅東博愛醫院院長辦公室秘書室高級專員，於事件發生後，見本院未予回應，出面與本院做聯繫，告知院方有這樣的事件發生，希望院方給予回應。本院於是先召開內部會議，由院長主持，醫糾關懷處理小組成員出席。我於會議中報告了整個事件始末，播放了當時做大腸鏡檢查的錄影，說明了檢查過程平順，並無任何異常狀況。院長裁示由他親自主持病情說明會，而我則繼續我的醫療工作，不必列席。至於博愛醫院的處置及手術發現等等資訊，表達不知情的立場。以下是當時病情說明會後的事件紀錄：

1. 個案住院狀況：

個案於8/1日掛潘院長門診後安排入院會診林天立醫師8/2做大腸鏡及胃鏡(7:00TCP手術7:46返室)8/2日8:50辦理出院。

2. 9/11日約17:30林副來電表示：高專來電表弟在本院作大腸鏡大出血轉博愛緊急手術，想了解貴院有關醫療事件對應窗口？

3. 9/12日與許專員聯繫：希望我們醫院安排請主治醫師作病情說明

4. 個案博愛診療狀況：

於8/2日13:26-8/2日17:12急診處理(CT-腹腔積血，輸血2000)，107/8/2-8/11日住院治療共10天(由余盈輝醫師行腹內血塊移除及結腸修補術)

5. 9/27日安排個案病情說明會

會議內容：

高專：因8/2日因排便異常而來院就診安排8/1日入院8/2日檢查胃鏡及大腸鏡術後告知沒有瘰肉可以直接出院回家，但回到家就開始腹痛全身冒冷汗，13:26緊急至博愛醫院掛急診BP:103/62 P128次/分經檢查乙狀結腸損傷並血腹(檢附住院診斷書及出院病摘急診室病摘)。

本院回應：

1. 播放光碟由許院長說明檢查過程(光碟片)

2. 檢查過程平順並無發生任何異常

高專：檢查過程看起來是蠻平順的，執行的時間也很合理，但醫療整體性是否有落實完整的SOP如術前、術後應有的衛教，是否有提供相關之衛教單提供給病人讓

病人清楚該注意的事項，以預防不良事件的發生。

賴：遇此事件當發生疼痛不適時，醫院好像也沒有諮詢窗口，打電話也不知道應該要打哪裡？後來也有透過同事將手術後照片給院方，也沒有得到任何關心。

覆：有任何狀況均可撥醫院電話說明要諮詢的問題，應會轉給醫師或醫務部，我是透過林副接到高專來電才知道發生此事件，也馬上進行了解情形並會同林醫師調出當時檢查影片及召開會議檢討。針對此案件經多位醫師檢視檢查過程並未發現有任何「應注意而未注意」而造成錯誤或疏失，但卻發生這樣事件，是我們都不希望發生，但已發生的事實我們也會一起面對坦然面對

病情說明會雙方無共識，幾天後，由病患賴先生的父親來電表示，兒子因為這次事故一個月無法工作，要求醫院給予補償，要求醫院舉行協調會。於是召開了第一次的協調會，由賴先生與表姐許小姐出席。會中，許小姐要求院方支付這段期間所有因醫療花費的收據明細上所列的費用金額，我方表示基於醫病和諧關係的立場，院方願意給予 20000 元的慰問金。由於雙方有差距，協調無果。

後來，由許小姐出面要求召開第二次協調會。會中達成共識，院方給予本院慰問金的最高上限金額 30000 元慰問金，同時要求診斷書上要註明意外兩個字。針對診斷書上要註明意外兩個字，由於診斷書的開立都有一定的格式，用語也都以醫療慣用的語詞為主，而且發現內出血以及進行手術都在博愛醫院進行，所以本院開具的診斷書，很難加入意外兩個字。因為診斷書的問題，賴先生遲遲不肯簽具和解書。為什麼要加意外這兩個字，可能他們想藉此申請意外險的理賠。身為保險從業人員的病患本人，應該也了解意外險的理賠範圍，是將醫療事故意外排除在外。最後他放棄申請意外險的理賠，簽具和解書達成和解。

二、案例成因分析

檢討這整起事件，有下列幾項需要檢討的地方：

- (一) 雖然出血為大腸鏡檢查和息肉切除時的風險之一，但是一般民眾的認知是，做完大腸鏡後和切除息肉後在腸道內之出血，根本不會想到在腹腔內也有出血的危險性，醫療人員跟病患及家屬雙方的認知上有差距。
- (二) 醫療事故發生後，病家透過幾種管道來反應這件事故，但院方沒有立即出面給予回應，造成病家的心理上不滿，才会有後續的求償動作。

三、改進方案

在做大腸鏡檢查前的風險告知中，要增列有腹內出血的危險性。遇到有病患

或家屬有醫療事故的反應，要立即派專人接觸關懷處理，避免引發進一步不滿的情緒。本案就是因為在第一時間沒有進行關懷處理，使病患心生不滿，在病情說明會上，病患及家屬認為我們應該要有面對這種事件的標準作業流程，以及接受意見投訴或諮詢的窗口。往後我們應該對這類事件採取更積極主動的態度，一有此類情況發生，要立即向醫院院長室秘書游秘書報備。

四、案例所涉法律議題

鏡檢後腹內大出血案呈現有別於前三個案例的新議題，「診斷說明書的開立與保險爭議」浮現。經病情說明會、兩次協調會雙方共識仍有差距，其中最微妙的是病家要求在院方開具的診斷書加上「意外」兩字。意外險的理賠範圍排除醫療事故意外的問題意識逐漸清晰。本案同樣使醫者思索民事求償的種種談判攻防，醫療事故爭議處理的實戰守則，一紙和解書並不足夠，醫療事故能否有效預防永遠是醫者心之所向。

第五節、案例五：喝鹽酸自殺胃腐蝕破裂被質疑延誤病情案

一、案例背景事實

第五個案例是喝鹽酸自殺胃腐蝕破裂被質疑延誤病情案。本案當事人是 71 歲的郭老太太，憂鬱症的患者。

在一個星期天的下午，郭老太太喝了 150 cc 的鹽酸自殺。被家屬發現後緊急送往蘇澳榮民醫院急診室，送到急診室時，發現病患嘴唇受到灼傷，由於精神狀態不佳，口腔喉嚨受到化學灼傷，無法言語，病情也是由家屬口中得知。家屬在家中發現有一瓶少了大約 150 cc 的鹽酸，所以推測喝了大概 150cc 的鹽酸，在家裡有先催吐。在急診室有做電腦斷層檢查，發現食道及胃有腫脹，但沒有破裂的跡象。當天我是值班的二線主治醫師，徵得我的同意之後，將病患收進加護病房住院觀察。我也前去加護病房探視病人，並與在外等候的眾多家屬詢問發生時的狀況，並解釋現在老太太的病情。言語中，我責怪了她的家人，是怎麼照顧的，怎麼會讓她拿到鹽酸，搞到這種地步才要我們來幫忙收拾殘局。後來我為了安慰她及家屬，我講了一句，才喝了 150cc，而且有吐出來一部分，應該沒事。

隔天早上，也就是星期一上午，查房時發現老太太的肚子越來越硬，而且血液 PH 值越來越酸。限於醫院的人員及設備，建議轉院治療。於是跟博愛醫院急診室交班病情後，由救護車將郭老太太轉送羅東博愛醫院。抵達羅東博愛醫院急診

室之後，又做了一次電腦斷層檢查，發現胃疑似有破裂的跡象，於是緊急安排手術。術中發現，胃已腐蝕破裂穿孔，而且有壞死的現象，因此將腐蝕的食道與胃切除。由於消化管道中間缺了食道與胃這一段，嘴巴不能吃東西，口水也需要引流出來，所以從脖子將殘餘的食道拉出做造口，讓口水能夠流出。同時在小腸安裝了一根餵食管，這樣才能從這邊餵食流體食物，建立營養進入的管道，等半年後，病情穩定，再來進行重建手術。

病患家屬曾在急診室聽到博愛醫院的急診室人員告訴他，為什麼這麼晚才送過來。因為這句話，病患家屬回頭來向醫院控告我們延誤病情。並請縣議員主持公道。於是我們醫院舉辦了一場病情說明會，一群家屬以及議員都列席了這場病情說明會。這場病情說明會由院長主持，在病情說明會中，由我將當時的住院治療經過向病患家屬做說明。表示依當時情況，觀察是最好的治療方式，病情是隨時有變化的，所以在病情發生變化時，我們做的處置，就是轉院治療。我們將病患收治在加護病房，有各種監視設備，一直在密切觀察中。被說成延誤病情，情何以堪。陳議員也在會中，為雙方緩頰。但是病患有一位女性家屬，是病患的女兒，她的態度激動，強烈指責我，忽視病情的嚴重性，延誤治療的黃金時間，造成他母親這麼嚴重的後果。聽到家屬這麼嚴厲的指責，我的情緒一度失控，拍桌後離開現場。社工室主任趕緊跟隨我出會場，安撫我的情緒。郭老太太的兒子，也出來向我道歉，我跟他相擁而泣，告訴他我也不知道會演變成這樣，我同時也向他道歉。等我情緒稍微平復後，我又回到會場。郭老太太的女兒，對於郭老太太的病情演進到這種地步，無法諒解，聲稱要投訴衛生局，然後離去。

一週後，醫院接到衛生局的來電，將於星期四的下午在衛生局一樓的小會議室舉行協調會。協調會由三位協調委員主持，這三位協調委員，分別是宜蘭縣消保官，律師，及縣內另外一家醫院的院長。本院，則由我和副院長出席。會議中，郭老太太的女兒，態度顯得平靜了許多。她知道我是縣內大腸直腸外科名醫，質疑我對於喝鹽酸的病患的處理經驗與能力。副院長出面答覆，說林天立主任是本院外科部主任，經過台北榮總外科部的完整訓練，也有處理過喝鹽酸的病患的經驗。他也曾經執行過喝鹽酸病患的手術以及食道與胃的重建手術的經驗。他曾經在我們醫院執行過將大腸，連接到食道與小腸間，以作為食道與胃的重建的手術。所以在治療這類病人的經驗上，是絕對有能力而且沒有問題的。協調會的氣氛平和，病患家屬代表郭太太的女兒表示，她能夠了解。協調會後由律師請雙方簽具

和解書。我們簽了和解書，但是病患家屬郭老太太的女兒，審視過和解書的內容後，拒絕簽名，會議就這樣子結束。後來，醫行室主任告訴我，有同事在網路上發現，郭老太太的女兒在網路上貼文，問網友像這樣的情形該不該簽和解書。在網路上 她還指名道姓的寫出我的名字，並且質疑大腸直腸外科醫師怎麼會處理喝鹽酸的病人，而且字裡行間隱喻著，我延誤了她母親的病情，我感到這對我的名譽造成傷害。

二、案例成因分析

檢討這整起事件，有下列幾項需要檢討的地方：

- (一) 溝通態度:不該責怪病人及家屬。跟病患或家屬解釋病情時要更加慎重。對於疾病的嚴重程度，應把可能發生的嚴重的後果要事先說明，不要為了安慰病人和家屬，輕描淡寫的帶過，一旦發生嚴重結果時再來解釋，為時已晚。
- (二) 轉院的時機:非自己專科的疾病，要表明自己非此專科的立場，本院也無胸腔外科醫師，建議立即將病人轉院治療。醫院管理階層為了防止急診醫師怕麻煩，把病人都轉走，使醫院急診轉院率過高，影響醫院的品質管理指標，同時也影響了醫院的業績收入，所以在轉院前，急診醫師都要先詢問過二線的值班主治醫師。同時轉院的病患名單及理由，會在每月的院務會議中檢討。我身為外科部主任，會在院務會議中被檢討，並要提出報告說明。

三、改進方案

- (一)培養自己的同理心，不應苛責病家
- (二)病情解釋，要將疾病最嚴重的後果告知病患及家屬。
- (三)非自己專科的疾病，要斟酌當時的情況、醫師的能力、醫院的設備，須轉院的立即轉診他院治療。

四、案例所涉法律議題

喝鹽酸自殺胃腐蝕破裂被質疑延誤病情案讓醫者理解醫糾戰場不僅止於醫院、調解室，現今最防不勝防的戰區是網路！本案例相關的法律議題除卻醫療糾紛非訴訟調處機制，更聚焦於「網路霸凌」。虛擬世界真假難辨，數位印記難以磨滅，醫者如何在流言蜚語中「消毒」、自立、挺身而進，是現代醫病關係不可或缺的一課。

第六節、案例六：被誣陷詐領保險金案

一、案例背景事實

我於民國 92 年在宜蘭縣首度引進無痛大腸鏡檢查。以往做大腸鏡檢查都沒有麻醉，病人檢查過大腸鏡之後，常常因為害怕疼痛，都不敢再回來追蹤檢查。自從有了無痛大腸鏡檢查，曾經有息肉接受過大腸息肉切除術，需要回診追蹤檢查大腸鏡的病人，大都會按時回來複檢，不會再逃避。剛開始我們做無痛大腸鏡為了安全起見，都建議病人前一天先辦理住院，抽血，照胸部 X 光及心電圖檢查，為麻醉做準備。在病房喝瀉藥，做清理腸道的準備。隔天早上，在靜脈注射全身麻醉下，進行大腸鏡檢查，若發現息肉，則同時進行大腸息肉切除手術。檢查結術後，回病房休息觀察，待完全清醒後，辦理出院。由於有些受檢者有參加醫療保險，他們因為住院就可以申請保險的理賠。

那段時間因為有許多人來我這邊做無痛大腸鏡檢查，因為有住院，所以申請理賠的案件，在那段期間突然迅速增加。保險公司的稽核人員發現此一現象，開始著手調查，發現從我這邊因住院接受大腸鏡檢查及大腸鏡息肉切除手術，開立診斷書，申請理賠的案件特別多。甚至連外縣市都有人遠道而來，到我這邊做大腸鏡檢查，申請保險理賠，保險公司覺得這是一種異常的現象。針對做無痛大腸鏡需不需要住院，保險公司認為不需要住院。由於案件直線增加，終於有一天，七家保險公司的經理，聯合到我的診間外面，說要等我門診結束後，要跟我討論事情。等我下診後。這七家保險公司的經理，進到我診間，請教我為什麼做無痛大腸鏡需要住院。我跟他們解釋，這必需視個人的病情狀況而定。有些病人年紀大，有糖尿病，在準備做大腸鏡前一天，喝瀉藥做腸道準備時，在家拉肚子，因低血糖而昏倒。因此住院打點滴在醫院準備腸道，這是比較安全的做法。而且隔天做完大腸鏡之後，可以回到病房休息，等到完全清醒後再回家。這是為了病人安全，所採取的措施。而保險公司的經理提醒我，有詐領保險金的集團最近流竄到宜蘭來，這些人有人找我做過大腸鏡檢查，請領保險。他也出示了一份名單，請我要特別注意這些人。我請他將名單留一份給我，他們拒絕了。這七位經理很禮貌的跟我道謝，請我要注意名單上的這些人，然後離去。

幾個月之後，陸續有幾位病人，在看診時提醒我要注意，說外面有流傳，有許多病人跟我勾結，詐領保險金，說檢調單位已經開始著手調查，即將收網，林

醫師不久就會被抓去偵訊。我告訴這些關心我、提醒我的病患，沒這回事，並詢問他，到底是聽誰說的，他們說是保險公司說的，問他是哪一位說的，病患也講不出確切是誰。之後，健保局也收到投訴信件，說我濫收病人住院做大腸鏡檢查，健保局也來函請我們提出說明。同時，保險公司也行文請健保局針對大腸鏡檢查需不需要住院作說明。健保局回覆：「做大腸鏡檢查可以不需要住院」。有一家保險公司就拿這份公文，拒絕被保險人的住院理賠申請。病人氣得拿這份公文到我診間，詢問我是不是這樣。這純粹是被保險人與保險公司之間的糾紛，竟然把我牽扯在其間，讓我非常困擾。後來我上司法院網站判決書查詢系統，以我的名字當關鍵字，查詢宜蘭地方法院，宜蘭簡易庭，羅東簡易庭的判決書資料，發現判決書中，有七個案件，都有我的名字出現，原來是被保險人與保險公司間的糾紛，因為保險公司拒絕理賠，被保險人就向法院提起告訴，爭點都是做大腸鏡檢查需不需要住院。內容都是有林天立醫師開具的診斷書，當作證據。這七件有六件案件，被保險人獲得勝訴。

謠傳我將被檢調單位拘提這件事，最後無疾而終。但當時的確造成我許多困擾，幾位跟我比較熟稔的病人，他們也有來開立診斷書申請保險，我問他們保的是哪種保險，發現這些人大部分保的是日額型終身醫療險。因為早期的終身醫療型保險，是根據住院日數以及住院手術來理賠。所以病患為了求理賠，都選擇來我這裡辦理住院做大腸鏡的檢查，及息肉切除手術。現在保險種類多樣化，有實支實付型，有保門診手術的。現在，購買日額型保險的病人，來這裡做大腸鏡檢查，檢查結果沒發現有長息肉的，診斷書上寫住院檢查者，保險不予理賠；若診斷書上寫住院治療者，保險就有理賠；有做息肉切除手術的，可以申請住院及手術的理賠。理賠的天數，以三日為限。超過的保險公司都不付。最多只理賠三天，現已成為保險公司間的一個共識。

二、案例成因分析

檢討這起事件，做大腸鏡的確可以不需要住院，但是必須依照病人的身體狀況來做決定。

三、改進方案

年紀大的病患，喝瀉藥強烈不舒服者、暈倒脫水虛脫者我們同意他住院接受檢查，提供門診的方式做大腸鏡檢查。一切以病人為中心，不受保險公司的影響。而診斷書的開立內容，當然是據實呈現疾病診斷及醫療過程。

四、案例所涉法律議題

被誣陷詐領保險金案與前述五個案例性質迥異，對醫者而言屬於非戰之罪，遭被保險人與保險公司之間的糾紛牽連。「大腸鏡檢查是否需要住院」一事詎為爭端源頭，以診斷證明書為證據，所涉法律議題為層出不窮的保險爭議。醫者與保險業者的關係、醫療險種的特性與類別、理賠的客觀依據與主觀共識，皆為本論文觀察之切入角度。

綜整上述六案醫療糾紛起因、歷程與結果如下表所示，六案中僅有案例一對簿公堂，其餘皆採非訟處理模式：

表 4-1 醫糾案例一覽表

說明 案例	醫療糾紛 起因	糾紛 解決歷程	醫療糾紛 結果
案例一	外在環境與照護溝通不良病患足部生蛆引發敗血症而亡	病患家屬提告，以訴訟解決	採醫審會醫療鑑定，認定無醫療過失，宣判醫者無罪。病患家屬未提上訴
案例二	大腸鏡檢查後發現有腹膜炎需轉院緊急開刀，病家認為醫者掩蓋疏失	議員協調、衛生局調解、病家激烈反應	院方賠償 雙方簽具和解書
案例三	大腸鏡檢查過程中發現大腸穿孔，緊急剖腹修補	鄉民代表關切，衛生局來電，院方視個案情狀決議支付費用以表慰問	院方及病患簽立切結書，院方支付住院費用及一個月療養費予病患
案例四	大腸鏡檢查後病患腹痛休克，大量出血。病家欲請求因無法工作造成之損失與意外險理賠	院方內部會議、病情說明會、兩次協調會，院方願提供慰問金	病家請求放棄申請意外險的理賠，簽具和解書達成和解
案例五	病患喝鹽酸胃破裂，家屬質疑醫者延誤治療	病情說明會、議員居間溝通、衛生局協調會	病家拒簽和解書，病患女兒網路貼文指名醫者，抱持質疑態度
案例六	無痛大腸鏡是否需住院引發保險理賠爭議	謠傳醫者將受調查無疾而終、衛生局來函請求說明	針對日額型終身醫療險，保險業者與病家逐漸形成共識：住院檢查不賠，住院治療理賠天數三日為上限

案例所涉法律議題完整呈現於下表，分別於第五章詳細說明、破解：

表 4-2 醫糾案例衍生相關法律議題一覽表

法律議題	案例 一	案例 二	案例 三	案例 四	案例 五	案例 六
業務過失致死以刑逼民	✓					
醫療事故預防及爭議處理的 法制化			✓	✓		
醫療糾紛非訴訟調處機制		✓	✓		✓	
醫療鑑定	✓					
醫療事故補償制度		✓	✓	✓		
醫糾賠償與醫療業務責任險						
醫療行為之同意書簽署	✓	✓	✓	✓		
診斷證明書的開立與保險爭 議				✓		✓
網路霸凌					✓	

第五章 醫糾案例相關法律議題詳析

第一節、業務過失致死，以刑逼民

一、「以刑逼民」亂象

鑒於我國醫療紛爭的解決型態，向來是採取「以刑逼民」之方式，亦即病人先提起刑事訴訟，請求檢察官介入，以減輕自身聘請律師、蒐集證據及繳交裁判費的負擔，並同時在刑事訴訟中請求附帶民事賠償，一併在刑事程序中請求損害賠償。然而，這樣的訴訟模式往往造成刑事審判庭沉重負擔。

談及這個問題，應先聚焦於「醫療刑責明確化」上，醫療行為具有不確定性、高風險性與侷限性，醫事人員於執行醫療業務過程中所致之病患傷亡結果，多形成醫療糾紛事件，病人或家屬為追求真相及請求損害賠償而動輒興訟，除造成兩造當事人之訟累，並衍生醫界因醫療刑責之不合理而採取防禦性醫療、醫病關係對立、醫學生或醫師畏懼投入高風險科別等問題，這些都是各界亟需重視且面對之問題。

二、醫療法第 82 條修正案說明

立法院於 2017 年 12 月 29 日三讀通過醫療法第 82 條修正案，內容如下：

第八十二條 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。

醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。

醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。

前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。

醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。

修正重點為，分項明確訂定醫事人員民事責任及刑事責任之過失構成要件及應裁量事項，並明定醫療機構之民事責任包括機構本身系統性錯誤引起之損害賠償及醫事人員之連帶賠償責任。原醫療法第 82 條係 93 年 4 月 28 日總統公布施行，僅規範醫療機構及其醫事人員執行醫療業務致生損害於病人之損害賠償責任，刑事責任則依刑法規定辦理。本次修法是由立法委員提案並多次協

商司法院、法務部，取得最大共識下完成，對於減少防禦性醫療，減緩急重症科別醫師人力流失，改善醫療體系之發展與公共利益之維護，有其明確重大的歷史性意義。²⁶

三、修法評析

醫療行為乃醫事人員出於救死扶傷之初衷，目的乃為降低病人生命與身體的風險，對社會具有公共利益；又，醫療行為本身具有其急迫性、風險性與不確定性，其結果受當時病人本身條件、疾病複雜度、醫療資源、醫療專業裁量等諸多因素所影響，實與其他專業不同，以刑事爭訟處理醫療事故爭議，不僅無助於民眾獲得損害之填補，反而導致醫師採取防禦性醫療措施，甚至醫學生不願投入高風險科別，急重症科別人力流失，影響醫療體系之發展。

本次修法，不但讓醫事人員可以安心的執行醫療業務，也讓病家和司法體系可以有明確的判斷要件與準則，希望透過這個歷史性的法案，可以重拾往日醫病互信、醫法良好互動的年代，同時減少防禦性醫療，避免醫療資源錯用與減少醫療糾紛的訟累發生。

四、醫界見解

除了將醫療刑責明確化，還應建立調解先行原則，才可減少司法訴訟。針對「刑事」醫療糾紛案件設有調解先行制度仍存有疑慮，認為不應該妨礙民眾訴訟權及檢察官偵查權之行使。而在民事方面，民眾在提起民事訴訟之前應先進行調解，各直轄市、縣市政府衛生局需由具備醫、法等不同背景專家及社會公正人士組成「醫療糾紛爭議調解會」，提供調解的功能，所有調解內容不得採為相關訴訟或裁判基礎，以促進真相發現及調解成立之機會，減少醫療糾紛累訟。

醫療訴訟改革實證研究顯示²⁷，目前沒有單一措施可以確切減少訴訟案件數以及賠償金額。要求原告提具可能有疏失證明可能增加新的行政費用；可能減少訴訟案件。獲得補償機會越高，司法訴訟比例越低醫療傷害救濟制度規劃。所以，在現階段，要降低醫療糾紛刑事案件數量，尚待各界的努力，尋求解套的方法。努力的方向應從刑事訴訟法切入。民事訴訟法第 403 條強制調

²⁶ 106 年衛生福利部新聞/12 月新聞 <https://www.mohw.gov.tw/cp-3569-39064-1.html>

²⁷ 台灣醫界，Vol.55，No.6，頁 31，2012 年

解：「下列事件，除有第 406 條第一項各款所定情形之一者外，於起訴前，應經法院調解：七、因道路交通事故或醫療糾紛發生爭執者。²⁸」但刑事訴訟法並無調解或強制調解之規定，刑訴只有第 491 條規定：「民事訴訟法關於左列事項之規定，於附帶民事訴訟準用之：七、和解。」而已，若可比照民訴修法，對醫療糾紛發生爭執者先行強制調解，就可減少許多無謂的刑事訴訟。另外，自訴可能是造成濫訴醫師的工具，自訴制度設計的原始目的在於制衡檢察官濫權不起訴，本非刑事訴訟權利的核心，讓刑事訴訟不被工具化（不縱容以刑逼民的告訴或自訴），檢察官（法官）應使本不該被刑事訴追者，免除程序勞費騷擾，以及妥善運用微罪不舉、緩起訴/緩刑等機制。我主張的，是讓「醫療糾紛去刑事訴訟化」，而非「醫療過失去刑化」。

至於一旦進入刑事訴訟程序，若無下列情事，身為醫師，不必驚慌，因「醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任」。回首案例一足部生蛆死亡案，不用驚慌，法律會還你清白。

第二節、醫療事故預防及爭議處理的法制化

一、立法歷程

我國有關於醫療糾紛處理的法案，從 2005 年提出「醫療糾紛處理法草

²⁸ 民事訴訟法第 403 條全文

下列事件，除有第四百零六條第一項各款所定情形之一者外，於起訴前，應經法院調解：

- 一、不動產所有人或地上權人或其他利用不動產之人相互間因相鄰關係發生爭執者。
- 二、因定不動產之界線或設置界標發生爭執者。
- 三、不動產共有人間因共有物之管理、處分或分割發生爭執者。
- 四、建築物區分所有人或利用人相互間因建築物或其共同部分之管理發生爭執者。
- 五、因增加或減免不動產之租金或地租發生爭執者。
- 六、因定地上權之期間、範圍、地租發生爭執者。
- 七、因道路交通事故或醫療糾紛發生爭執者。
- 八、雇用人與受雇人間因僱傭契約發生爭執者。
- 九、合夥人間或隱名合夥人與出名營業人間因合夥發生爭執者。
- 十、配偶、直系親屬、四親等內之旁系血親、三親等內之旁系姻親、家長或家屬相互間因財產權發生爭執者。
- 十一、其他因財產權發生爭執，其標的之金額或價額在新臺幣五十萬元以下者。

前項第十一款所定數額，司法院得因情勢需要，以命令減至新臺幣二十五萬元或增至七十五萬元。

案」、2008 年「病人安全及醫療糾紛處理條例草案」、2012 年「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、行政院版條文於 2012 年 12 月 18 日交送立法院審議；當時醫糾法除了行政院的版本外，還另有其他 9 版本，共 10 個版本²⁹。直至 2017 年又有「醫療爭議處理法草案」。礙於立院法案屆期不連續的問題，再加上各方對每一次的醫療糾紛處理專法意見分歧，所以每個草案都無法逕自三讀程序。

立法主要目的是為了通盤解決病人和家屬、醫療人員等兩造面對醫療糾紛爭議制度時的困窘，以「促進病人權益保障」為中心思想³⁰，納入「強化先行調解制度」、「提供及時補償」等兩大面向，期盼能達成維護醫病雙方權益、促進醫病關係和諧、盡速解決紛爭、實現社會公平正義、促進病人安全、提高醫療品質等政策目標。因此醫療主管機關將醫療爭議的調解法制化，並配合適度補償給付於病家，降低醫療人員執業心理壓力、調和醫病關係，減少醫療訴訟案件，而去草擬一項新法作為推動「醫療疏失刑責合理化及明確化」之配套措施³¹。

立法院社會福利及衛生環境委員會於 2014 年 5 月 8 日初審通過由行政院於 2012 年 12 月 18 日函請審議之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，並將送立法院會二、三讀審議。衛生福利部期待經由建立良好的醫療糾紛處理機制，及時提供病人及家屬醫療傷害補償，以有效保障病人就醫權益，增進醫病關係和諧，減少醫療訴訟，共創病人、醫療人員及法界三贏的局面。

二、初審通過的醫療糾紛處理及醫療事故補償法有以下要點：

(一)醫療機構加強風險管理與醫糾處理能力：

醫糾法草案第 4 條內容規定：「一百床以上醫院應設置醫療糾紛關懷小組，於醫療糾紛事件發生時二個工作日內，負責向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。一百床以下醫院應指定專業人員為前項之說

²⁹ 101 年醫糾法的版本有行政院版、蔡錦隆委員版、江惠貞委員版、劉建國委員版、蘇清泉委員版、田秋堇委員版、林世嘉委員版、陳節如委員版、徐少萍委員版、吳宜臻委員版共計 10 版本

³⁰ 張嘉訓、吳佳琳，簡述「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，臺灣醫界，第 56 卷第 3 期，頁 8，2013 年 3 月

³¹ 臺灣醫界雜誌編輯部，醫界最終戰-不可不知的醫療糾紛處理及醫療事故補償辦法，中華民國醫師公會全國聯合會，第 8 期，頁 30-32，2015 年 8 月

明、溝通、協助及關懷服務。診所及其他醫療機構發生醫療糾紛時，應委由專業團體負責提供前二項之關懷服務。醫療糾紛關懷小組之成員應包含法律、醫學、心理、社會工作及地方主管機關等相關專業人員。如病人、家屬或其代理人有聽覺、言語功能障礙或其他障礙致溝通困難時，應由受有相關訓練之成員負責說明、溝通與關懷。中央主管機關應編列預算，辦理強化醫療機構關懷人員說明、溝通及關懷之訓練講習，促進醫療糾紛之解決。」此款明定醫療機構應有專人負責或成立醫療糾紛關懷小組，盡速釐清爭議所在，協助提供復健、撫慰、輔助或申訴各項關懷服務，緩和病家及降低不滿情緒，先在醫糾開始前建立與病人良好的溝通方式與管道，及時預防且妥善處理醫療爭議事件。

(二) 建立調解前置原則，減少司法訴訟：

醫糾法草案第 8 條、第 9 條、第 11 條 73 內容提到，民眾在提起民、刑事訴訟之前應先進行調解，在民事訴訟法第 403 條也有明文規定。各直轄市、縣市政府衛生局需由具備醫、法等不同背景專家及社會公正人士組成「醫療糾紛爭議調解會」，建立法院外先行調解功能，將案源先疏導至訴訟前，盼能緩和醫病對立的關係，減少訟源與不必要的社會成本。再者醫糾法草案第 21 條也規定所有調解內容不能成為之後相關訴訟或裁判基礎，以促進真相釐清和調解達成的機會。

(三) 促進病人權益，迅速瞭解真相：

醫糾法草案第 7 條規定民眾在調解之前或過程中，可以申請初步鑑定，費用由申請人支付，使當事人可透過客觀公正的第三者瞭解醫療相關問題。衛福部辦理與受理醫療糾紛初步鑑定，鑑定醫師由中央衛生主管機關委託專業機構辦理訓練，例如各教學醫院或各地專科醫師公會，以提昇鑑定品質。初步鑑定內容，當事人可以提供調解之參考。

(四) 提供死亡及重大傷受害者及時補償：

病人接受醫療行為後，若發生死傷損害時，如可歸責於醫療人員，則病家可以向醫療人員或醫療機構請求損害賠償；若是死傷起因於病人自身造成或是無法歸責於醫療人員時，是不應該由醫療人員或是醫療機構負擔的。但醫療本身是一項不精確的科學，醫療過程中充滿了許多不確定性、高風險，對治療結果和預後也是常無法確定；醫療行為和治療結果不良的因果關係常認定困難，原因是病理百百種，醫療時程又長，所以在病人受到損害後，要認定和醫療行

為有關也是相當困難，病家要用現行訴訟制度討回真相，不但會使醫病雙方陷於訟累，多數病家也無法獲得賠償或彌補，更有部分病家因醫療糾紛訴訟而陷入經濟拮据。所以在醫糾法草案第 31 條明文規定對醫療行為難以釐清責任歸屬的情形時，從醫療風險分擔角度下的醫療事故補償，是由中央主管機關，以衛福部設立之審議會作成審議決定時“無法排除”醫療事故與醫療行為之因果關係者為限。醫糾法草案第 35 條規定補償的對象以死亡或重大傷害者為主。補償申請程序、條件、給付金額、標準及重大傷害之範圍授權衛生福利部另訂之。但若接受補償後，依醫糾法第 38 條規定，受領人提起民、刑事訴訟者，需返還補償金。

(五)建立通報、調查與除錯機制：

醫糾法草案第 50 條立法意旨是為了讓醫療機構內的醫療人員與相關同仁能獲得錯誤學習的機會，減少醫糾發生率，所以明定醫療機構要主動建立風險控管防護網，且處理高風險醫療行為所造成的醫療傷害事件通報。因此醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，衛生福利部將公告重大病安事件強制通報項目，若發生符合上述範圍的事件，醫療機構需於 24 小時內通報，並接受地方衛生主管機關組成之專案小組介入調查，進行根本原因分析，從錯誤中學習，修正系統性錯誤，以避免重蹈覆轍。

(六)補償基金來源：

醫糾法草案第 32 條、第 33 條 84 關於醫糾補償基金的來源之規定，讓醫療機構有繳納上限，依每年醫療收入的 1/1000，例如當年醫療收入 10 億元，每月繳不到 10 萬，其他由政府預算等補足，預估一年最高 15 億，醫療機構負擔估算最高不會超過 5 億，且不會佔用到健保總額，也規定醫療機構不能將費用轉嫁到醫療人員的薪資苛扣上。反觀各界均希望能有穩定的財源，除了醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金、政府預算、捐贈及孳息收入之外，亦有委員提案希望能擴大到其它基金來源，但由於難達成共識，該條文各種不同版本全數保留，待進一步協商。

三、立法評析

為衡平只照顧醫療人員、忽視病患家屬權益狀態，在立法上將「醫療糾紛處理」及「醫療事故補償」相配合。衛生福利部曾在 101 年就提出《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》草案送立法院盼解決問題，後續在 103 年 5 月初審通

過且交付朝野協商，然而因醫界內部歧見尚未弭平，及各界對草案仍有疑慮而未能達成共識，最終沒能三讀。

當初《醫糾法》概念中，若醫療事故發生無法明確歸咎於病家或醫療行為，由「醫糾賠償基金」去補償病患。基金來源約 30%來自醫療人員，這也使得醫界反彈，質疑為何要由醫療人員負擔賠償基金？其餘還有擔心病家領到補償金之後仍可繼續對醫療人員提告等質疑。

衛生福利部為使醫療法第 82 條施行順利並有助於促進醫病關係與提升醫療品質，將過去比較爭議的補償問題先擱置，秉持「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「預防除錯提升品質」三大原則，提出「醫療事故預防及爭議處理法」草案，透過建立關懷小組、第三方鑑定單位等機制，盼藉此增加調處成功機會，讓醫病不用上法院就能得到滿意結果。

四、「醫療事故即時關懷」原則之實踐

關於「醫療事故即時關懷」，由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會)主導的醫院評鑑制度，由於跟健保給付有密切的關聯性，醫院管理階層無不積極應對。其評鑑條文中³²，已有規定：

第 1.7 章 風險與危機管理

醫院面對可能或已發生之醫療爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫療爭議事件。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。

條文 1.7.5：建立醫療爭議事件處理機制，且對涉及醫療爭議員工有支持及關懷辦法。

(一) 目的：建立醫療爭議事件處理機制，涉及醫療爭議員工之支持及關懷辦法與教育訓練等，確保醫病間之信賴與和諧關係。

(二) 符合項目：

1. 應設置醫療爭議事件處理專責人員或團隊，能主動與醫療爭議病人或家屬進行溝通，提供支持與關懷服務，並能迅速處理爭議。

³² 108 年醫院評鑑基準及評量項目(區域醫院、地區醫院適用)

2. 建立醫療爭議事件處理作業程序，包括如何掌握事件發展、分析爭議發生原因等。

3. 針對醫療爭議事件進行檢討，並製成教材作為員工到職訓練及定期在職訓練之教材。

(三) 對於醫療爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法。評量方法及建議佐證資料：

1. 醫療爭議事件處理團隊名冊(含職務)。

2. 醫療爭議事件處理作業程序。

3. 員工到職及定期在職訓練中關於醫療爭議預防措施之教材與相關教育訓練資料。

4. 發生之醫療爭議事件檢討之會議紀錄。

5. 醫療爭議事件適當之補助或互助辦法。

6. 關懷服務執行紀錄(註明事故種類)。

這些規定立意良善，且符合醫療人員的需要及利益。應該於以法制化來加以保障。

第三節、醫療糾紛非訴訟調處機制

一、調解方式綜整

(一) 衛生局調處：

以書面向醫療院所所在縣市的衛生局申請調處，由政府介入，提供管道讓兩造當事人進行溝通。此法雖無法直接判定醫療疏失，但可藉由調處過程擷取會談重點，判斷醫院說詞是否有矛盾之處。

(二) 司法調解：

依民事訴訟法第四百零三條第一項第七款規定，醫療爭議於提起民事訴訟前，應先經法院調解，由法官與調解委員於法院調解該紛爭。

目前台中地院、高雄地院等也開始試辦醫療專業調解服務，以減少醫糾纏訟，民眾可就近詢問及利用。

(三) 鄉鎮市公所調解：

醫療爭議中民事損害賠償事件以及刑事業務過失致傷害或致重傷害案件，皆得向鄉鎮市公所之調解委員會以書面或言詞聲請調解。若調

解成立，所製作之調解書經法院核定後，與確定判決具有同樣效力。

(四) 一般調解：直接向醫師公會或相關之消費者權益團體提出申請。

目前實務上以衛生局調處佔醫療糾紛調處的絕大多數。其主要原因，為衛生局是該縣市醫療機構的主管機關，有專門受理窗口，有專人協助處理，醫療院所也一定會出席。

二、針對「醫療事故預防及爭議處理法」草案中「醫療爭議調解先行」設計評析

(一) 僅「民事」案件應調解前置

在醫療糾紛逐年成長，醫療執業環境品質下降的今日，解決醫療糾紛確為刻不容緩之問題。我國現前解決醫療糾紛的機制有調處、調解及訴訟等方式，惟各種方式皆有其侷限性與缺點，且醫療糾紛有其專業性和特殊性存在，故才有制定專法以解決醫療糾紛之構想。目前僅通過「民事」之醫療糾紛案件必須先經過調解程序，方可進行訴訟。惟法務部針對「刑事」醫療糾紛案件設有調解先行制度仍存有疑慮，認為不應該妨礙民眾訴訟權及檢察官偵查權之行使，故關於此刑事部分，目前初審仍持保留結論。

其中多數委員版本皆有規定刑事訴訟調解成立之效果，惟行政院版本卻未規定，於審議時也有委員認為應將調解成立後之效果於法條中明定，因若未規定調解成立後之效果，恐會造成調解成立後仍繼續刑事偵查或訴訟，徒增困擾。

(二) 新增「初步鑑定」之規範

初審通過草案條文係新設調解前初步鑑定程序，其立意在於使病人能夠初步了解其所涉及之事件是否真的為「醫療糾紛」，或僅為「其預期與醫療結果之落差」而非醫療機構或醫事人員在醫療過程中有疏失者，使病人能夠初步了解案情，避免動輒興訟³³。惟「初步鑑定」之目的在於幫助當事人初步了解事實，但並不代表「真相」，「真相」一詞隱含了對事件的評價，而初步鑑定之功能應該僅只為對醫療糾紛案件之事實做初步之釐清，而不具有評價功能。且因各種制度皆有其設立目的，調解制度設計目的在於迅速、簡便的以訴訟外解決醫療糾紛之方式化解醫療糾紛，故調解係提供醫病雙方一個有第三者居中協助的溝通平台，應著重雙方溝通的共識，因為醫病知識的不對等，病人會對於醫

³³ 張嘉訓、吳佳琳，簡述「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，臺灣醫界，第56卷第3期，頁11，2013年3月

師單方的解釋存疑，而需第三人協助瞭解。若於調解程序中進行詳細鑑定，耗費時間冗長，便失去了調解是為協助簡化訴訟繁瑣程序的目的，因此將初步鑑定應以「病歷」鑑定為主，便可協助病人瞭解病歷記載內容，卻又無須做過多時間金錢的耗費。

而該初步鑑定報告是否能發揮其公信力，使病人與醫方信服，避免有「醫醫相護」之質疑，該部分實難以用法律具體規範，須待將來實務運作時依情況逐漸完善制度。而德國以非訟方式解決醫療爭議確實達到疏減訟源之目的，醫療糾紛約僅 8% 進入訴訟，其餘案件係透過保險或是調解解決，而經調解委員會裁定之案件有 85% 會成立。德國在進行醫療糾紛調解時，先由法學專家臚列爭點，再由素服信望之醫學專家負責鑑定評估。此種作法既能針對醫療糾紛之主要爭點進行處理，使病人了解其案件，盡量消除醫病專業知識上之不對等，值得參考。另外，受委託鑑定之機構也要能夠發揮其專業及自律精神，作出使病人相信之鑑定報告，讓病人能夠初步了解真相與案情，對下一步該怎麼走做出決定，在該環節就能減輕部份訟源，而發揮該初步鑑定制度之功能。

(三) 調解後進行訴訟，免納裁判費？

鑒於我國醫療紛爭的解決型態，向來是採取「以刑逼民」之方式，亦即病人先提起刑事訴訟，請求檢察官介入，以減輕自身聘請律師、蒐集證據及繳交裁判費的負擔，並同時在刑事訴訟中請求附帶民事賠償，一併在刑事程序中請求損害賠償。然而，這樣的訴訟模式往往造成刑事審判庭的沈重負擔，且醫師判無罪的比例甚高，病人亦得不到好處(4)。因此於醫糾法草案中，有版本設計經調解後可免納訴訟裁判費，其立意在鼓勵民眾多利用調解制度解決醫療糾紛案件。但免納裁判費未必能鼓勵病人使用調解制度，但卻反而造成更嚴重之濫訴問題，而形成司法資源之浪費，不可不慎。且依草案第 10 條規定，民事醫療糾紛訴訟案件皆需經過調解，若又規定經調解者免納裁判費，則相當於所有醫療糾紛民事訴訟案件皆免繳納裁判費？

民事訴訟中係以訴訟標的價額核定裁判費，訴訟標的價額越高所需繳納之裁判費就越高，而由敗訴之一方負擔裁判費，此種裁判費繳納之結構可有效避免原告在訴訟中提出過高之賠償價額。但若規定免除繳納裁判費後，原告則可動輒提出高額賠償而免繳裁判費，對被告反而造成莫大心理負擔。基於濫訴及避免訴訟價額過高等負面效應，應審慎評估是否設計調解後是否免納裁判費之

規定。

(四) 引進道歉法則(apology law)

本條文係參酌美國麻州關於 apology law 之立法例將「道歉」加入排除範圍，不但能鼓勵醫師在發生醫師爭議時先以關心的態度了解病人之需求，避免病人因為醫師態度不佳而產生負面情緒，進而尋求司法途徑解決問題。道歉具有多種形式，例如：口頭、行為或書面等，若在將來進入訴訟程序中認為道歉得為裁判之基礎，則可能有失當事人當初道歉之原意，而醫師也可能因為害怕自己的道歉或成為將來訴訟採證之基礎，而採取冷漠之態度，因此將道歉排除有其必要性存在。惟此條文在將來訴訟適用上與證據法則有極大關聯，仍有詳加討論之必要，故立法院於初審決議保留本條。

第四節、醫療鑑定

一、「醫療鑑定」定義

醫療訴訟案件因涉及醫療專業問題，所以承審法官不太可能以其本身的知識或經驗來判斷究竟是原告的主張或被告的抗辯有理由，必須經由專家的協助來了解案件事實，此項借重專家、學者來協助了解案件事實之制度，即是鑑定。在醫療爭議的案件中，為了判斷醫療提供者是否有過失，有無應負之責任，經常作下列之鑑定：

(一) 解剖鑑定：

地檢署所屬的法醫藉屍體的病理檢查，明瞭病人的病因和死因。基本上由法醫解剖，記錄肉眼所見的病理，採取並保存有疑慮之病源臟器、組織，送交檢驗室做顯微鏡組織學的病理檢查、藥理學檢查、生化檢查，根據這些檢查結果，作成初步的鑑定。

(二) 臨床鑑定：

由法官或檢察官委託醫事審議委員會的專家，根據醫師所記載的診療紀錄、護理人員的住院護理紀錄、影像資料等全本病歷影本，與法醫初步的鑑定結果，查證整個過程在診斷、治療、手術、用藥上有無疏失。

(三) 藥理生化鑑定：

將屍體解剖所得之組織，在實驗室中作藥理、生化檢查，以判斷臨床狀況與死亡結果間純醫學上因果關係。這個鑑定結果及紀錄保存於法院

中，院外人士難以得知。

二、醫療鑑定中的「醫事審議委員會」組織介紹

該組織隸屬於衛生福利部，簡稱「醫審會」。民國七十六年四月起，在醫審會之下設置「醫事鑑定小組」，負責接辦醫療爭議事件的鑑定工作。「醫事鑑定小組」由衛福部長聘任二十一至二十七名委員組成，並以一人為召集人。委員的聘期為一年。「醫事鑑定小組」得依案件性質，分組召開會議。分組委員至少有三分之一以上為法律專家或社會人士³⁴。依據醫療法第98條規定，醫審會之任務如下：

- (一) 醫療制度之改進
- (二) 醫療技術之審議
- (三) 人體試驗之審議
- (四) 司法或檢查機關之委託鑑定
- (五) 專科醫師制度之改進
- (六) 醫德之促進
- (七) 一定規模以上大型醫院設立或擴充之審議
- (八) 其他有關醫事之審議

三、「醫審會醫事鑑定小組」鑑定程序

當醫療爭議事件進入司法程序後，由法院或檢察署函請衛福部之「醫審會醫事鑑定小組」鑑定。一般民眾無法直接申請「醫審會醫事鑑定小組」鑑定。鑑定過程：

- (一) 查明被告醫師學經歷，聘請與被告醫師無工作或學歷關聯之醫學中心之當科權威醫師為鑑定醫師，送請鑑定並提供初步鑑定意見。
- (二) 召開審議會，邀請鑑定醫師列席，提出說明並答覆委員詢問。
- (三) 經過充分討論後始作成決議。決議需有過半數委員出席，出席委員全數決議始可作成鑑定意見。

四、現行醫療糾紛鑑定之缺失

初審醫師的鑑定是影響醫療糾紛勝敗訴的關鍵，而醫學中心限於人力，雖

³⁴ 陳學德，醫療紛紛處理與鑑定，元照出版，初版，頁5，2014年6月。

然須由該專科之權威醫師為鑑定醫師，依據本人在醫學中心擔任外科部總醫師時所遇到的案例，案件多分配到該科的總醫師或最年輕主治醫師身上，由他代為執行。由於臨時接受指派，多數醫師又未經法學的訓練，不了解醫界與法界用語與溝通的差異，且邀請鑑定醫師列席審議會議並不具有強制力，鑑定品質堪慮，偶見草率行事，雞同鴨講，牛頭不對馬嘴的情形發生。

五、改進醫療鑑定之芻議

醫療訴訟改革實證研究顯示，目開庭前專家初審機制對賠償金額與訴訟件數均無影響；但可減少部份防禦性醫療措施。為了讓司法調查及審理有醫療專家的意見供參酌，由醫審會成立專家委員智庫，由台灣醫院協會，或各專科及次專科醫師學會，推薦具法律背景或訓練之各領域醫學專家，類似健保署遴聘審查委員模式，成立智庫名單，案件則依科別性質，交付具法律背景或訓練之適當的醫師專家審查，方能跨越法、醫兩個專業的鴻溝。鑑定的意見，比較貼近法官的需求。回顧案例一足部生蛆死亡案，法官也是透過醫療糾紛鑑定，所幸案情單純，終能全身而退。

第五節、醫療事故補償制度

一、醫療事故補償說明

社會救助或社會保險是需要的。當遇到醫療不良事件，生活上工作上定會受到影響，沒有了收入，當然希望能夠得到一些補償，這是人之常情。尤其是一家之主，是家庭收入的主要支柱，因為來做檢查，發生醫療事故，導致無法工作，頓時家庭失去經濟來源，當然希望得到一些補償，這也常常是求償的背後主要原因之一。

二、補償制度之妥適性分析

(一)我國是否適合採行補償制度？

鑒於世界上許多國家例如紐西蘭、美國維吉尼亞州、北歐各國及日本皆有針對醫療事故設立相關補償制度，其主要目的在於使受到醫療傷害之病患或其家屬早日獲得補償，而無須等待漫長的訴訟程序，及避免在訴訟中所需面對之舉證問題。為解決目前日益增多醫療糾紛及促進醫病和諧，衛生署及多位立委皆欲仿效上述國家，針對醫療事故提出「醫療事故補償制度」。

北歐諸國不責難制度之設計，即無關過失(no fault liability)之補償，

其重點不是在討論行為人是否有過失，而是在不必證明行為人是否有過失下，即予以受害人基本保障範圍內之理賠，所以也是一種不究責的責任型態。該種立法模式係限定在某些特殊條件下，不談論醫事人員是否有過失之問題前，先給予病患補償。此種不責難制度由北歐、紐西蘭等福利制度完善之國家開始推行，且紐西蘭係由法律強制全體國民直接或間接繳交保費，醫療意外補助經費由繳交之保費及政府補助款所成之帳戶支應，由全民負擔，與行政院「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案第 26 條要求醫界與政府負擔並不相同。且有學者明確表示，「無過失補償制度」礙於資金問題，於我國難以推行，主因係北歐福利結構為後補性，課徵人民高比例之所得稅，因此補償制度可以完全填補。而我國稅賦結構、文化背景與上述福利國家不盡相同，且補償範圍龐大，需要資金眾多，應審慎考量現行政府財源及我國醫療政策方可推行³⁵。

(二) 補償之對象及範圍應有所限制

若要推行補償制度，目前衛生署最新構想是在無法釐清醫師是否負有民事賠償責任(有無過失難以認定)之情形時，先給予病人補償。惟該「過失不明之狀態」遭到法界人士強烈批評，認為法律只有「過失」及「無過失」，並沒有所謂「過失不明」之狀態。但衛生署目前所構想之立法精神值得贊同，因「醫療事故補償」之目的在於國家欲針對醫療事故之受害者補償，主要範圍應限縮於無法判斷是否可歸責於醫師或是無法預見之醫療風險實現之情形。因為在醫師或醫療機構具有故意或過失之情形，已有其他法律規範可歸責醫師或醫療機構，不需要再給予額外之補償；而醫師或醫療機構無過失之情形，既無過失，何需補償？因此，補償範圍應限縮於該醫療事故係無法判定是否因醫師執行醫療行為所受之損害(醫師或醫療機構有無過失難以認定)之情形或是無法預見且難以避免之醫療風險實現時(例如：依當時醫療技術無法知悉之副作用產生)，先給予病人補償。

(三) 補償基金之來源

補償基金來源與人民納稅金、醫院成本和醫師收入息息相關，目前各版本針對基金來源規定不完全相同，主要存有下列三項爭議：金來源為何；政府與

³⁵ 張嘉訓、吳佳琳，簡述「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，臺灣醫界，第56卷第3期，頁8-10，2013年3月

醫界之出資比例；否由健保總額支應。目前行政院版條文就政府與醫界之負擔比例為三比七，而醫界所負擔金額為實施第一年定為每年醫療費用總額千分之一；第二年起由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於千分之三範圍內，調整其比率。而主計處也於 101 年 12 月 20 日立法院衛環委員會報中表示「政府預算撥充以不超過醫療事故補償基金總額之百分之三十為上限」。目前關於此部分，各界爭議頗大，尚未凝聚具體共識。資金規模大小與補償之範圍與對象成正比，補償範圍越大，則需要越多資金方可支應。首先，補償要件不可無限上綱，若所有因為接受醫療行為而受有死傷之病患身上，這樣就是變相的要求醫師一定要醫好、醫活所有的病患，醫師是人不是神，所以必須設下「排除條款」排除不應予補償者。再者，醫事人員繳納一定金額做為補償基金之金額不可過高，應多數由政府負擔，紐西蘭之補償制度也為全民負擔費用。況且在醫事人員故意、過失排除的補償制度下，發生醫療傷害與醫療行為間已難謂有因果關係，難以歸責醫事人員。若要求醫界負擔大部分資金來源，豈不是要求四萬多名醫師負擔兩千三百萬人民之健康安全及所有無法預見之醫療風險？衛生署初估若採無關過失(不論是否過失，先給予補償)之立法模式，補償基金預估須一百億以上方可支應。就我國目前現況是否可負擔如此龐大之資金，值得深究。

(四)補償之後，不宜再行訴訟

以紐西蘭「意外補償制度」為例，該國有所謂「意外事故補償公司(Accident Compensation Corporation, ACC)」，紐西蘭人民若遇有意外傷害，即可向該公司提出補償請求，惟其補償要件設有「因果關係」及「除外條款」等限制，並非有傷害即能得到補償。

該補償制度之主要用意在於紓解訟源，因此紐西蘭設有民事訴訟權之禁止。依照紐西蘭相關補償規定，申請補償人一經補償之後，法律上必須放棄基於同一事件而提起侵權行為訴訟之權利。「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案條文第 32 條規定一經補償若當事人仍提起訴訟則應返還補償金，或有版本提出經補償之案件不可再提起訴訟，此項作法皆係為了發揮紓緩訟源之精神而設，可茲贊同。補償基金先給予病人撫慰，免去醫師及病人其後漫漫訴訟之苦，既已選擇補償，則不宜再行訴訟。

二、補償制度之可行性分析

由於為了平衡只照顧到醫療人員、忽視病患家屬權益，基於此一考量，因此在立法上，將「醫療糾紛處理」及「醫療事故補償」綁在一起，作為配套。立意甚佳，但因為醫療事故補償法的範圍過於廣泛，補償基金的來源爭議太多，讓「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」，最後又回到原點。

第六節、醫糾賠償與醫療業務責任險

一、醫糾相關金錢賠償介紹

要解決醫療糾紛這類型訟，病家最終要得到的除了真相之外，不外乎就是金錢賠償，而這種金錢賠償，依保險法理應該算是事故補償、風險救助和過失賠償，更或者是一種社會補助呢？

我國民法第 216 條第 1 項規定損害填補的重要原則，也就是責任要件一旦具備，加害人之加害行為所致全部損害，包括受害人所受損害和所失利益，均應負損害賠償責任。而實務判決上有關慰撫金的量定標準，也不限於損害結果，說明我國司法判決的損害賠償法不僅以填補損害為目的，在某種程度上來說，也是具有威嚇、懲罰和制裁效果。但是無法查證因果關係的醫療糾紛，需要對醫師和醫事人員用以威嚇的懲罰性賠償金嗎？簡單來說，若是醫療不幸所導致的事故，也就是醫療過程中都正常，但是依病人的個體對病癥的表現不佳所導致的傷害或死亡事件，發生如此類似的事務補償可由醫事人員強制責任保險的保險制度來籌措醫療事故補償基金；若為風險救助，就整合醫療風險受害救助金；若是醫事人員的過失，就為過失賠償，也可強制投保責任保險。如果是社會補助，目前我國社會補助計劃是針對家境清寒病人自然成因或是自然病程死亡的才會有補助，以慰問金的方式補助等。

所謂醫療事故，應該要包含是醫療過失和醫療風險，但醫療過失不包含於重大過失，畢竟醫師真的不是神，要在剎那間對生命危在旦夕的病人做出正確的醫療決策而絕不出錯，實在是太強人所難。而補償，是賠償和救助的組成。我國衛福部草擬的醫糾法草案的行政補償，就是包括了「事故補償」和「風險救助」。補償的中心思想是「不論對錯，無關過失」，只要一發生醫療事故，就要給予病家補償，補償範圍太廣，如果一旦要做到全面性的事故補償，又沒有強制責任保險模式，而採取基金籌募方式，財務負擔恐遠水救不了近火、緩不濟急。不只醫事人員和中央健保局哀鴻遍野，可能要由民眾的稅金來負擔大部

分的補償財務。醫糾法草案的補償對象是醫療事故受害病家，但規定若為醫師過失者，則不在補償範圍內，那就曲解各國醫療制度「事故補償」無關過失責任基礎的中心思想了。

一、 各國醫糾賠償機制綜整

(一)日本

醫師、醫事人員和醫療機構都有加入保險，只要賠償金額不要太極端，發生頻率在控制內不要太高，加上訴訟判決以保險金支付為條件的配套下，大致上都可以彌補病家損失，也不會造成醫療人員和醫療機構的太大負擔³⁶。

因此在合理的金額理賠範圍內，醫病關係少有激烈對立。就如交通事故中，有經過統計後的詳細損害賠償核定標準，保險公司會以此當作核定參考，因此在日本若是有保險公司理賠，事實上醫療人員和病家就鮮少會將醫療糾紛演變成法院訴訟化。

(二)美國

美國在上個世紀初，就開始規劃建立醫療責任保險制度，美國建立醫療責任保險制度的目的是為了改善病人安全和健康照護品質，減少可以預防的醫療錯誤率，保證因醫療錯誤、疏失、過失之受到醫療傷害的病人可以獲得合理賠償，而且也能減少醫師、醫事人員、醫療機構或其他醫療照護提供者的醫療事故責任保險的成本。

美國民眾因醫療糾紛所獲得的賠償平均大約 60 至 100 萬美元，賠償金對他國來說，可以說是天價，如此巨額賠償，導致濫訴驚人，而美國律師界協助病人和醫師、醫事人員或是醫療機構打官司，通常不收取保險金，而是從勝訴後的賠償金抽取一定比例的金額，可以說是美國律師視醫師為獵物。再加上美國有所謂的懲罰性損害賠償，醫療糾紛賠償金額的連連提升與美國所執行的對於醫療過失事故的懲罰性損害賠償原則有關。所謂懲罰性損害賠償是指加害者的惡性重大，為了實現對加害者進行懲罰以及預防類似事件再發生，法院對於病人和病家會認可傷害賠償之處罰金額。這也是起因於美國極為重視每位國人的生命價值。

因此美國一方面推行聯合保險制度，要求每州所有購買醫療責任險的單位

³⁶ 邱琦，臺日民事醫療訴訟—實務比較研究(上)，月旦醫事法報告，第2期，頁191，2016年10月

共同出資設立備用基金，幫助高風險醫師獲得保險。另一方面美國醫師公會面對濫訴嚴重和大量醫療糾紛訴訟案件和高額的保險費，執業環境如此險峻，自救遊說將 ADR 立法明文化³⁷和遊說眾議院在 2003 年將一般醫療損害賠償上限定天花板價格為 25 萬美金，之後再成立病人賠償基金，所有醫師共同出資設立備用基金，分擔賠償。

(三)英國

英國的醫療服務之三項保障範圍如前所述和醫療糾紛處理經費都是規畫在英國公醫制度內，反觀我國健保制度是沒有將醫療糾紛處理經費納入全民健保制度裏。英國的議會也有護民官可以獨立調查申訴案件，並限定要在 28 日內提出書面報告給申訴人。醫療糾紛在進入民事司法程序前，地區基金會會接受醫療糾紛個案的申訴、調解、仲裁和協調。政府對確實違反英國醫療法的醫師可以令其立刻向病人道歉，廢止執業執照、廢止醫師證書等作為。成為醫療糾紛對象的被告可以是醫師、醫院、基金會、管理處、衛生部。賠償金的來源分別是醫師所保的醫療糾紛保險公司和醫院從衛生部、基金會、管理處來的預算，因為英國是用國家行政預算，所以優先以行政處理，若真有醫療過失，病家則可向法院提出告訴，醫師若有「重大過失」或是證明「故意」，將會負擔「刑事責任」和「紀律程序懲戒」。

綜論上述，英國的醫療糾紛賠償金是把醫療糾紛賠償基金統一管理，所以一旦發生醫療糾紛，若是非常小的糾紛，例如病人覺得自己愈來愈嚴重，反而沒有好轉而要求退費等，諸如此類這種小問題，在英國一般私人醫院的作為是盡速緩和醫病緊張關係和快速解決醫療糾紛，所以通常都會盡速承認錯誤，該賠償給病人的，就賠償給病人，以息事寧人。

但若是公家醫院，負責處理賠償的機構單位是「醫療服務訴訟委員會」，幾乎所有英國公立醫院都會設置這種單位以專人專業處理醫療事故賠償問題。醫療服務訴訟委員會集中火力負責處理重大醫療糾紛，因此委員會掌控著所有公立醫院的賠償基金。這代表著委員會有足夠能量，足以能夠讓這些被重大醫療事故傷害、或是受到嚴重乃至終身殘缺的病人們得到最為合適的賠償。

³⁷ 張婷，由美國經驗論台灣以仲裁制度處理醫療糾紛之挑戰與建議，醫事法學，第22卷第2期，頁8，2015年12月

畢竟，大醫院也好，小醫師也罷，都是個體，要命令這兩種個體拿出大筆的賠償金不是這麼容易。倘若真的要重罰判刑，醫療機構可能因龐大懲罰性賠償金而使醫院運作增加困難，而大醫院為了避免這種最壞的情況出現，一定會想方設法能逃避、掩埋責任，造成惡性循環。

所以英國的賠償基金採取「公私結合」的形式，大部分來自於國家財政負擔，小部分來自於醫院、醫師、醫事人員的醫療強制責任保險。因為醫療事故所引起的醫療糾紛，醫療服務訴訟委員會每年大概都會負擔 10 億左右的英鎊之賠償基金，因為是採公私結合，所以其中大部分來自納稅人的錢。因此醫療服務訴訟委員會每年都會出一份詳細的賠償基金花費與賠償案例報告，放在英國官網上公開信息。英國「公私結合」的賠償金是有考量「倘若全是國家負擔賠償，醫療人員完全不出錢負擔，那麼很容易就變成「縱容」了。也因此醫療工作者需要每年都繳交一次「保費」。醫師和醫事人員繳交的保費金額也是不同的，會依據發生醫療事故的危險性、醫療過失發生率之歷程等種種經驗值去調整保費。像是護理師繳費就很低，神經外科、急診和整形外科等的保費就很高。英國的醫療事故賠償值得學習的特點是將賠償基金集中管理，並作案例分析，再依各科別發生醫療糾紛的危險率，並且由一個高於醫院位階的第三方公正機構來統一負責管理，然後政府嚴格監督和把關³⁸。

三、我國醫糾賠償實務

國內在醫糾賠償實務上，有以下幾個現象：

(一) 慰問金

所謂慰問金，就是安慰、問候受難者或其家屬所致贈的錢財。在醫療上，有醫療事故或醫療糾紛發生時，醫院為表達對病患或其家屬的安慰問候之意，以維持良好的醫病關係，有時會致贈慰問金。慰問金金額的大小，有其含意。在本院的立場，如無任何應注意而未注意而造成錯誤或疏失，慰問金的金額，最高以 30000 元為上限。若超過這個金額，通常代表有醫療疏失。所以在無醫療過失的前提下，為維持良好的醫病關係，所致贈的慰問金，本院最高以 30000 元為上限。

(二) 求償的標準

³⁸ 葛謹，英國醫療糾紛判例之啟示，臺灣醫界，第 51 卷第 8 期，頁 48，2008 年 8 月。

1. 生命和健康是無價的，再多的金錢也無法彌補一條人命或身體傷害的損失，因此很難有所謂的「賠償標準」。不過，像事件發生地的車禍死亡之賠償金額，是一個可供參考的數額，民眾可以此為一參考準則。

2. 一般而言，要求較為「合理」的賠償金額，可衡量下列各點：

- (1) 醫院的過失多少
- (2) 發生事件當地的生活水準
- (3) 醫院規模的大小
- (4) 過世者的經濟貢獻力：是否為家中主要經濟支柱、未來可能產生的經濟價值、需撫養親屬的多寡等等。

3. 若從法律的觀點來看，在民事損害賠償方面，可分為財產損害賠償及精神賠償二部分。

目前我所服務的醫院，台北榮總蘇澳分院，聖母醫院有設置醫療互助金，台北榮總蘇澳分院，聖母醫院，陽明大學附設醫院有購買醫療業務責任險。但是國內尚未立法來強制醫療機構要有這類的風險分攤機制。醫療機構為醫事人員投保業務責任險，或是成立醫療互助金，不僅可以保障病人權益，更可以讓醫護人員面對醫療糾紛涉及賠償時更無後顧之憂。

第七節、醫療行為之同意書簽署

一、相關法律依據

(一) 醫師法第 12 條之 1

醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、癒後情形及可能之不良反應。

(二) 醫療法第 63 條

醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。

(三) 醫療法第 64 條

醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。

(四) 醫療法第 81 條

醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。

(五) 民法第 184 條

因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同。

違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。但能證明其行為無過失者，不在此限。

前揭法律的新增或修正，已逐步建立醫師對病人告知及說明義務，這些法律的目的是在於強化病人在醫療過程的參與，保護病人在醫療過程中享有醫師分享資訊的權利，要求醫師尊重病人自主決定的權利，避免醫師利用資訊的不對稱，濫用其醫療權利，同時俾使病人藉由獲得資訊，幫助其做出合乎其最佳利益之決定。基於這樣的理由，既然醫師說明義務是在賦與病人為自己的身體做出選擇的權利，保護病人免於醫師權利的濫用，則醫療法第 63、64 條及醫師法第 12 條之 1 可以被評價為屬於民法第 184 條第 2 項所謂「保護他人之法律」；若醫師未盡說明義務，侵害了病人參與醫療決定的利益，推定其有過失。

更進一步地說，告知後同意法則或醫師的說明義務，是源於落實及保障病人的自主權，醫師違反說明義務，使病人沒有機會選擇自己的身體所要接受的治療方式，實際上是侵害了病人自主決定的「權利」，因此醫師說明義務的違反也可以民法第 184 條第 1 項過失侵害他人權利來主張損害賠償責任。

二、充分說明與同意（告知後同意、Informed Consent）之法理

(一) 所謂「充分說明與同意」之法理：

1. 醫師對病患詳細說明其病情，並就因應之檢查或治療提供充分之資訊，病患在充分理解後做出承諾，在沒有受任何強制之自由立場下，選擇檢查或治療之方法，而醫師則根據此同意進行醫療之原則。

2. 醫師於診療上擬對病患之身體實施醫療上帶有侵襲性之治療行為時，必須事先就該治療行為之目的、方法、期間、預測之結果、危險性以及不實施之後果等詳加說明，在獲得病患之同意後，始可進行治療之法理。
3. 告知後同意法則（the Doctrine of Informed Consent）乃指醫師有法律上的義務，以病人得以瞭解的語言，主動告知病人病情、可能之治療方案、各方案可能之風險與利益，以及不治療之後果，以利病人做出合乎其生活形態的醫療選擇。

依上述定義可知，告知後同意之法理包括不可或缺的兩部分，一為說明原則（醫師之說明義務），一為同意原則（病患之自我決定權）。

（二）說明義務的主體（告知義務的主體）

1. 我國醫師法第 12 條之 1 規定「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」
2. 我國醫療法第 63 條規定「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之」、第 64 條規定「醫療機構實施中央主管機關規定侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具」、第 81 條規定「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應」。似乎凡屬於讓醫療機構的人員皆可以向病患說明治療內容，但「該條之立法意旨在於規範醫療機構應為告知行為，具有告知義務，而非規定醫療機構得透過護理人員或社工人員代替醫師為告知行為」。護理人員或社工人員等並不具備充分專業的醫療知識、技術，因此不

得成為說明義務的主體，乃當然之理，而國內因護理人員的說明所引發的醫療糾紛的案例，司法實務亦認為醫師依然必須負擔說明的義務。

(三) 說明的對象（告知的對象）

醫師法第 12 條之 1 的規定，說明（告知）的對象乃為「病人或其家屬」。
醫療法第 63、64、81 條的規定則為「病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人」。

二法皆以「病人」為對象，但是除此之外，醫師法尚規定「其家屬」；而醫療法則規定為「其法定代理人、配偶、親屬或關係人」。其中，「配偶、親屬」或可以包含在「家屬」的概念裡，而「法定代理人」則並不一定屬於家屬，尤其「關係人」的範圍更超出「家屬」概念之外。二法何以會有此等的差異，並無法得知。總言之，依照我國醫師法及醫療法的規定，說明義務的對象，除了「病人」之外，尚可以包含「家屬」、「法定代理人」、「配偶」、「親屬」、「關係人」。

我國醫師法及醫療法的此等規，是否符合「充分說明與同意」或「告知後同意」之法理，甚有疑問。理由在於，此告知後同意法理的形成乃在於維護病患在醫療上的自我決定權，因此醫師僅對於「病患」本人具有說明的義務，對於其他的第三人並沒有說明的義務。我國醫師法及醫療法將「家屬」及「配偶」納入說明義務的對象，或許可謂為符合我國「家屬父權主義」的實情，即在我國醫療現場，醫師告知的主要對象往往是病患的家屬而非病人。此等疑問，關係同意的主體、代理的；同意等問題，涉及相關議題甚多。

(四) 說明義務的內容（告知的內容）

醫師法的第 12 條之 1 以及醫療法第 81 條的規定，醫師在「診治病人」時的說明義務內容應包括「病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應」。

醫療法第 63 條則規定「醫療機構」在進行手術時的說明義務內容應包括「手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險」。

1. 實務見解

最高法院 94 年台上字 2676 號判決認為「……醫師應盡之說明義務，除過

於專業或細部療法外，至少應包含：

- (1) 診斷之病名、病況、預後及不接受治療之後果。
- (2) 建議治療方案及其他可能之代替治療方案暨其利弊。
- (3) 治療風險、常發生之併發症及副作用暨雖不常發生但可能發生嚴重後果之風險。
- (4) 治療之成功率（死亡率）。
- (5) 醫院之設備及醫師之專業能力等事項；亦即在一般情形下，如曾說明，病人即有拒絕醫療之可能時，即有說明之義務；……」。

2. 學說見解

有國內學者認為「至目前為止，已確立的應告知事項有：診斷：包括診斷前之醫療步驟、檢驗、以及拒絕診斷的風險都應告知；醫師建議的治療方案：包括此治療方案之本質與目的；治療方案的風險：但遙遠的風險則不必說明。至於如何界定『遙遠的風險』？則視該風險實現後結果的嚴重度而有異。舉例言之，有百分之五的復發率，這個風險可以不必告知，但是也是有百分之五癱瘓率的風險，就當然要告知了。治療方案之成功率；其他可能之代替治療方案及其利弊。」

有國內學者則原則上肯定前述最高法院判決所採的說明義務內容，對於其中「建議治療方案及其他可能之代替治療方案暨其利弊」部分，認為「醫師對於有無其他可能的醫療代替方案，例如，要接受放射線療法還是進行手術，以及代替的醫療手段或療程所帶來的風險與利益，與病人如果不接受治療所可能造成的風險與利益，本來就應該屬於醫師應說明的範圍之一。因為這些事項，對於病人是否同意醫療，還是要改採其他醫療手段，具有決定性的影響」。

(五) 說明義務的判斷標準

醫師就此等事項應有何種程度的說明，始不違反說明義務？換言之，其判斷標準如何？分以下見解

1. 合理性醫師標準說

此說主張，凡合理性醫師都會作說明的資訊，各該醫師都須加以說明；換言之，是以「醫師職業上之慣例（慣行）」做為判斷醫師說義務的基準。

2. 合理性病患標準說

此說主張，凡合理性病患行使最後決定權（自我決定權）時所需要之說明的資訊，醫師都須加以說明。國內學者有稱為「理性病人標準」或「理性病患標準說」，而謂「告知的範圍、程度應由『一般理性的病人，在係爭個案的情況下，都會想要知道的資訊』為準」。

3. 具體性病患標準說

此說主張，醫師必須把該具體接受該當醫療行為的病患在行使最後決定權（自我決定權）時所必要的資訊加以說明。有學者認為我國司法實務 94 年台上字 1676 號判決也傾向此說。截至目前為止，無論是國內、國外，採此立場的判決可說是寥寥無幾。

4. 雙重標準說（折衷說）

此說主張，合理性醫師根據其所知或應知該當病患的整體狀況，在該具體性病患行使最後決定權（自我決定權）時，凡屬於必要且醫師也有認識可能的資訊，都應說明之；易言之，從合理性醫師的立場而言，凡當作治療對象的具體病患於自我決定之際所認為重要且必要的資訊，擔當醫師都應說明之。

三、其他應注意之事項

手術進行時，如發現建議手術項目和範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意，無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

四、現行實務運作

目前各家醫院對於醫療行為之同意書簽署，項目不盡相同，但是有一個共同的特點，就是只要做任何醫療行為，都有一張同意書。例如住院接受治療手術治療，就要填具：「住院同意書」、「治療計畫說明書」、「手術同意書」、「麻醉同意書」。若有自費項目，則要填「自費同意書」。每張同意書內容，皆詳細記載相關的聲明與風險，可說是鉅細靡遺，厚厚的一大疊文件，若要詳細審閱可得花一段時間。

回顧第四章第二節案例二鏡檢後大腸發炎剖腹探查案，未取得家屬同意，將病患闌尾切除，程序上有瑕疵，最後也成為家屬求償的理由之一。

第八節、診斷證明書的開立與保險爭議

一、診斷證明書定義

診斷證明書，就是經由醫師專業評估後，證實我們罹患相關疾病，或身體健康受到某些程度損害。可分為就診證明、甲或乙種診斷證明、死亡證明、身心障礙評估證明、重大傷病證明等，以作為請假、保險、申請相關補助之醫療證明之用。

診斷證明書包含診斷以及醫師囑言兩個部分，診斷就只能寫病患來醫院處理的疾病或傷害，至於為什麼會引起這些疾病或傷害，在醫院外發生的事醫生無法得知，也無從為你證明，並且醫師無任何責任和義務去進行意外情況的認定。診斷證明書是正式的法律文件，不論增加內容或是蓄意隱蔽都可能觸犯偽造文書或登載不實的刑事責任。

二、相關法條

(一) 醫師法第 11 條

醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。

故醫師交付診斷書，應經診察後，按病人病情現況，據實填載。若於非診察當時病人要求開立診斷書，依法仍由原診察醫師開立。醫師係依病歷紀錄及相關病歷內容，就病人以往就診結果交付診斷證明書，並應於診斷證明書醫囑欄內載明，「其當時之就診日期」。若原醫師離職，可由其他醫師，依據病人病歷記載開給診斷書。若原醫師仍在職，原則上為求慎重，還是請病人至原診治醫師之門診開立診斷書。

(二) 醫師法第 28-4 條

醫師有下列情事之一者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分一個月以上一年以下或廢止其執業執照；情節重大者，並得廢止其醫師證書：(五)、出具與事實不符之診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書。

醫師法規範，不得開立「不實診斷書」，否則，除了道德層面會讓醫師失去公信力外，也可能面臨醫師法上的「行政罰鍰」與「廢止醫師執照」，甚至還得負上「刑法第 215 條登載不實」或「刑法第 210 條偽造文書」的刑事責任。金管會早在 2013 年時曾發函給壽險公會，業務員如果協助要求醫師開立錯誤或內容不實的

診斷證明書，只要查證屬實，將停止招攬業務一年。此後不肖業務員就改以慫恿保戶，不斷向醫師要求增減診斷證明書的內容，以利保險的理賠申請，同樣也可能觸犯偽造文書或登載不實的刑事責任。

三、與醫療相關保險險種

(一)壽險：

1. 理賠機制

壽險的理賠機制有兩項，身故、全殘多數民眾只知道身故會理賠，但鮮少人會知道全殘也會理賠。而全殘的標準通常會列在壽險條款的後面幾頁，目前的認定標準有以下幾種

- (1) 雙目失明
- (2) 雙手腕或雙腳足踝關節缺失
- (3) 一手腕關節及一腳足踝關節缺失
- (4) 一目失明及一手腕關節缺失者或一目失明一足踝關節缺失
- (5) 永久喪失咀嚼機能
- (6) 四肢機能永久喪失
- (7) 中樞神經系統機能遺存極度障害或胸、腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫療護理或專人周密照護

上面七項是現行壽險認定理賠機制。全殘的標準，達到以上任何一個標準，壽險的理賠就會啟動。

2. 內涵說明

壽險內涵是解決被保險人身故後所遺留下的責任問題，如：配偶的生活費、子女的教育費、父母的安養金、房屋貸款、汽車貸款等等，簡單來說就是被保險人不希望自己身故後造成自己所重視的人碰上經濟上的負擔或壓力。所以在規畫壽險的時候可以先考慮自己目前是否有身故後責任上的問題來考量計算自己的壽險額度。因此如果某人身故後是不會造成他人負擔的前提下，這個人其實是不需要壽險的。

另外，目前金管會也有規定，十五歲以下兒童即使購買壽險，當該童身故後保險公司也不得理賠保險金額，僅能退還所繳保費。這樣的立法理念首要是為了預防道德風險（父母故意致子女死亡以詐領保險金）其次是因為兒童沒有賺錢的能力，兒童即使身故也不會留下任何的責任負擔，因此兒童購買壽險是不會理賠

任何身故金的。

3. 壽險規劃的注意事項：

(1) 以成人而論

每個人的責任額度會隨著年紀的增長而提高或減少。例如擔心自己身故後子女會因錢的問題而無法完成學業，所以規畫一個自己當年度身故至少可以讓子女完成至大學畢業的壽險額度。但是如果到隔年的時候我還健康的活著，這也代表子女又大了一歲，離完成大學的年度也往前推了一年，此時所需要的壽險就會比上一年來的低。

所以壽險是解決責任問題的保險，而這個責任是浮動的。購買壽險時可以多考慮用定期型的壽險來規畫，因為終身型的壽險比較貴而且不像定期壽險那麼靈活，因此可以用定期型的壽險來靈活的調整自己的壽險額度。

(2) 以兒童而論

兒童是不賠身故金的，而且兒童不會有賺錢的能力，所以兒童是沒有壽險需求的。不過如果一定要購買的話，就買終身型的壽險。因為小孩買終身壽險是相對便宜的，而且當小孩超過十五歲後身故就會理賠身故金了。可以當做幫小朋友提早購買的概念規畫。

(二)意外險：

1. 理賠機制

意外險又稱傷害保險，其理賠條件為"遭受意外傷害事故，導致身體蒙受傷害，而傷害事故是指非疾病引起之外來突發事故。將之拆成三個名詞，分別是非疾病、外來的、突發的，意外險必須百分之百符合這三個條件才能達到理賠資格。

(1) 非疾病：只要不是疾病都可以算是非疾病。

(2) 外來的：由身體以外的物或事故造成的傷害，由身體以內往外造成的則有討論空間(例如被嘔吐物噎死。

(3) 突發的：指非預謀性的、不可預知的即稱突發。

2. 保費計算基準

意外險的保費計算是以"職業等級"來計算。職業等級是指每個行業別的危險程度，一共分為六級，級數越高則越危險，保費也就相對越高。例如一般辦公室的行政人員就屬於一類，像是一般外務業務員則屬二類，依據危險

程度判別職業等級。目前意外險有壽險公司以及產險公司的可以選擇。壽險公司的意外險會比較貴，且必須分開購買(意外身故、意外住院、意外實支)。不過部分的壽險公司的意外險是有保證續保的，算是比較有優勢的點。產險公司的意外險都是以套裝的方式販售，且較為便宜，可能只需要負擔壽險公司保費的一半就可以買到相對的內容了，不過缺點是產險公司的意外險沒有保證續保。不想負擔太高的保費又想較完善的意外保障，可以用保證續保的壽險意外險且符合自己需求的產險意外險搭配。

3. 意外險規劃的考量

(1) 以成人而論

依據自己實際的工作或是生活狀況來選擇自己適合的商品。例如有打籃球習慣的人，時常會腳拐到，那就可以挑選實支較高的意外險來搭配。機車送貨員，比較擔心身故的問題，就可以挑選身故金或是殘廢金較高的意外險商品。另外像是家庭主婦要主菜燒水的，就會考慮選擇燒燙傷較高的商品。根據自己的實際狀況，來討論規畫適合自己的商品。

(2) 以兒童而論

因為兒童不賠身故，所以把重點放在其他意外醫療保障上就好，像是小孩最容易發生的燒燙傷保險金就非常重要，首要應重視這個保障的有無。另外小朋友還可以多考慮殘廢金的部分，因為小朋友發生殘廢問題時，通常生存時間會比成人來的久，花費也相對的高。

(三) 醫療險：

1. 理賠機制

醫療險的除了自殺(自殘)以外的醫療行為，基本上都在理賠範圍之內。不像意外險只賠意外事故、癌症險只賠癌症就醫。醫療險的理賠範圍廣泛許多。醫療險目前有兩大類：日額型醫療、實支實付醫療，日額型醫療理賠的依據是行為，而跟花費無關。實支實付醫療的理賠則是依據醫院或診所上保戶所花費的收據來判定理賠金額，依據的是行為跟花費。

2. 類型差異說明

以上兩個類型的實支除了理賠方式的不同，更大的不同在於理賠項目中的"雜費"。台灣現行的健保制度中，一些新的醫療技術及項目，健保並不給付，致使許多醫療項目必須自費，像是癌症的標靶藥物、心臟支架、人工髖關節、達文西手

術等等，而這些自費項目都歸類在"雜費"項目裡，可見其重要性。然而，也因為日額型的醫療是不賠雜費的，而實支實付則有，所以實支實付才會變得如此重要。目前市面上很常聽到的雙實支實付險，指的就是購買兩張實支實付（不是兩個單位），一張是用正本收據理賠，一張可以用副本收據理賠。另外，醫療險的理賠機制都建立在"住院"行為上，只有部分醫療險有附加門診手術或是住院前後門診等不需住院的理賠項目，所以在挑選醫療險的時候可以多加注意保障內容。

3. 醫療險規劃的考量

(1) 以成人而論

現在會建議成人買雙實支實付險，沒有必要的話，日額型醫療險基本上可以不用購買。並且在挑選實支實付險時，會建議挑選雜費給付較高的商品，因為比起兒童來說，成人罹患疾病時需要花費的自費項目都較兒童多出許多。並且挑選實支實付險的時候，也可以多留意是否有門診手術，因為現在許多病症是不用住院光用門診手術就可以治療的，所以門診手術項目也是舉足輕重的項目。

(2) 以兒童而論

如果想幫兒童購買終身醫療的話，可以在五歲六歲時購買，因為這時候是這輩子購買終身醫療最便宜的時候。兒童購買實支實付險的時候，可以搭配一張直接可以理賠到上限的實支實付，再搭配一張長期增額的實支實付險。因為小朋友的病況有時候來的比較急，加上小朋友可以理賠一次金的商品比較少，所以挑選一開始就能理賠到上限的實支實付險就可以先暫時解決短期的醫療開銷，另外一張會慢慢增額的實支實付就可以來支應長期的醫療花費了。

(四) 癌症險：

1. 理賠機制

在癌症險的設計中，有分成原位癌及其它癌，原位癌通常指的是零期癌，就是立即發現後有很高的機會治癒的。其他癌指的就是除了零期癌以外的癌症，簡單來說就是指我們一般認知的癌症都可以稱做其它癌了。

癌症通常會有等待期，就是指投保後往後推一個日期內(30天、90天、180天)罹癌是不理賠的。此舉是為了預防帶病投保的風險，所以癌症險早點規劃比較好，以免未來發現身體不適後才想投保。那時候不是病情惡化了就

是保險不理賠了。癌症險還有一個併發症的理賠，併發症指的是位癌症引起的其它病症，例如肺癌引起的肺水腫、乳癌引起的淋巴循環病症、癌症治療間造成的免疫系統問題。就認知上，因為癌症引起的併發症理當癌症險要理賠，不過如果購買到的癌症險是沒有理賠併發症的話，這些治療的費用就必須由家屬自行吸收了，在說，現在的癌症併發症是非常常見的，所以有沒有理賠併發症是非常重要的。

2. 癌症險規劃的考量

(1) 以成人而論

癌症險目前是不理賠標靶藥物的，但偏偏花費最高的就是標靶藥物，所以選擇癌症險時可以多選擇罹癌金及病房費較高的商品，用這些項目來彌補標靶藥物的缺口。

(2) 以兒童而論

兒童最常罹患的癌症有血癌、骨癌、淋巴癌等等，好發其大約在五歲前，所以小朋友的癌症風險也不低。小朋友的癌症險會比大人便宜非常多選擇空間也就多，所以可以在癌症的好發期前，把定期癌症的單位數拉高，提高理賠金額，待小朋友過了好發期後就可以慢慢的把單位數降低到正常水準。

(五) 重大疾病險／重大傷病：

1. 理賠機制

傳統的重大疾病險包括七項：腦中風、心肌梗塞、腎衰竭、癌症、癱瘓、冠狀動脈繞道、重大器官移植。原本是罹患上列疾病就理賠一次保險金，不分輕重。但從 105 年起修改條款後，重大疾病險就分成了重度及輕度了，主要的差別在於病

重大傷病險主要的理賠依據是獲得重大傷病卡，就可以憑卡理賠了。領取重大傷病卡的資格有三百多項，遠比重大疾病多出許多，且憑卡理賠簡易許多。雖然重大傷病險的理賠簡易且範圍也較廣，但是卻無法完全替代重大疾病險，因為重大傷病險還是有少部分的病症是沒有理賠的，像是心肌梗塞及冠狀動脈繞道即是。

重大疾病險及重大傷病險都是一次性理賠的，就是說只要達到理賠標

準，就會獲得一筆錢，保單就結束了。不同於醫療險或是癌症險都必須要有醫療行為才能啟動理賠機制。另一方面，有些病症是不用住院治療的，可能只需定期復診拿藥即可的，像這類的病症醫療險無法啟動，可是依然有醫療支出，長此以往負擔也是不小，所以就可以用重大疾病/傷病險的一次金補償這些開銷

2. 注意事項

有人會喜歡接受偏方療法，像是氣功、養身藥品、旅行療法等，這些治療方式也是無法啟動醫療保險的，所以亦可用一次金的理賠來讓自己達成自己喜歡

3. 重大疾病/傷病險規劃的考量

(1) 以成人而論

因為重大傷病險的範圍比較廣，所以可以優先考慮購買。有多的預算在稍微補一些重大疾病險就可以了。

(2) 以兒童而論

目前沒有兒童可以購買的重大傷病險，所以小朋友只能購買重大疾病險。然而，目前有許多保險公司推出專屬小朋友的特定傷病險，例如川崎氏症、腸病毒、氣喘、腦膜炎等等小朋友較容易罹患的病症，在幫小朋友規劃的時候建議可以多朝這個方向規劃，避免用大人的重大疾病險去規劃。

(六) 殘扶險/長期看護險：

老病死殘中，其中最嚴重的便是殘了。因為當人殘了以後，除了失去了工作能力外，生活開銷依然持續，更不用說嚴重到需要別人照護的狀態了。這種狀況下，不僅自己照顧自己都可能出問題，還可能嚴重影響到家庭的健全發展。目前在解決照護問題的保險有兩大類，一個是殘扶金一個是長期看護險，兩者說明如下：

1. 殘扶金:依據殘廢的等級 11 級 79 項來判別殘廢等級，並依此計算理賠金額。
2. 長期看護險:長期看護險的理賠資格是列列舉日常生活狀態達三項者:無他人協助，無法自行起，生活無法自理，需他人從旁協助者。上述之無法自理係指，下床無他人協助，無法自行走動，無他人協助，無法自行進食，無他人協助，無法自行沐浴無他人協助，無法

自行穿脫衣服，無他人協助，無法自行如廁長期看護險雖然看起來簡單，可是要理賠時可能就會有不少爭議了，因為長期看護險的理賠條件是看生活自理能力。

四、聚焦於大腸直腸肛門科之保險相關爭議

在大腸直腸肛門科，關於保險所引發的問題，在了解了保險理賠的方式後，對於病患要求住院做大腸鏡檢查，必須依照病人的身體狀況來做決定。年紀大的，喝瀉藥有強烈不舒服的，暈倒脫水虛脫的，我們同意他住院接受檢查，我們也提供門診的方式做大腸鏡檢查。回顧第四章案例六被誣陷詐領保險金案，關於大腸鏡檢查需不需要住院的問題，一切以病人為中心，不受被保險人或保險公司的影響。而診斷書的開立內容，當然是據實呈現疾病診斷及醫療過程。

過去的理賠實務上，有一個很著名的案例，對於「急診後未住院，但留觀達6小時以上」，都儘量從寬認定為「住院一日」。結果導致許多看急診的病人，要求留在急診室觀察，超過六小時後才離院，造成急診室留觀區大塞車，影響其他重病者的就醫權利，以及嚴重影響了醫院急診室的運作。但後來因為醫療院所及健保署的反應，保戶常以此從寬認定，要求延長待在急診室的時間，有嚴重的醫療資源浪費情形，因此在新保單示範條款修正版中，日額給付型已經取消急診保險金的設計；而實支實付型，則只理賠「實際醫療支出」

日額型的這種保險設計，依住院天數來做理賠的基礎，以住院每日理賠的金額，來補貼其他的花費，不是非常恰當，這樣會引發不必要的住院。對於住院手術的理賠，現在許多手術都可以採門診方式進行 應該將住院這個項目與手術這個項目分開考量。不要讓保戶為了要申請住院手術給付而百般要求住院。我的建議是，針對病患住院做大腸鏡檢查，日額給付型理賠的設計，應在保單上明確界定理賠的標準，賠或不賠，在販售時要說明清楚，以免造成醫師的困擾，同時更可以避免醫療資源的浪費。

第九節、網路霸凌

一、網路霸凌特性

網路霸凌承襲了傳統霸凌相似之特徵外，更重要的是，網路霸凌跳脫物理空間與時間的限制，使得傷害更加劇烈，如霸凌者不必實際與受凌者

相遇，便可無時無刻、在各個地方，透過網路媒材或相關通訊科技產品對受凌者進行傷害。

此外，這些傷害紀錄（如網路謠言散播、不雅圖片分享等），更是很輕易地藉由網路無遠弗屆之特性，被不屬於此霸凌關係中的其他人士觀看瀏覽、甚至再次轉傳、儲存，使得傷害更易擴大。值得關注的是，這些傷害紀錄受制於網路與通訊媒材的限制，故很難輕易被刪除，並且可能被網路空間留存更久，而讓更多人可無時無刻觀看。數位足跡的現象，便是網路霸凌之獨有特性。

再者，網路霸凌亦存在著匿名此特性，在發生網路霸凌當下，受凌者很難察覺究竟誰為霸凌者，因霸凌者藉著此特性，躲在虛擬身分、甚至是造假之帳號下，恣意對受凌者進行任何傷害。而如此匿名性，亦會加深網路霸凌的處理難度，即相關單位很難立即判斷誰為霸凌者，使得介入無法立即進行，導致傷害愈擴愈大。

二、網路霸凌所涉及之相關法規

（一）刑法第 27 章：公然侮辱罪妨害名譽及信用罪

1. 第 309 條公然侮辱人者，處拘役或三百元以下罰金。
2. 刑法第 310 條：誹謗（毀謗）罪

意圖散布於眾，而指摘或傳述足以毀損他人名譽之事者，為誹謗罪，處一年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。散布文字、圖畫犯前項之罪者，處二年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金。

（二）民法侵權行為第 195 條：不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。

前項請求權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約承諾，或已起訴者，不在此限。前二項規定，於不法侵害他人基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，準用之。

臺灣未針對網路霸凌明定相關法律刑責，目前僅能藉由其他相關法律條文如刑法中誹謗、妨礙名譽、及民法中侵權行為等罪名來進行制裁，但其適用性仍值得商榷。現今臺灣仍須重視網路霸凌的存在，

政府單位應著手對網路霸凌進行專法與相關刑責制定，即舉凡網路霸凌定義、專法適用範圍、查核網路虛擬身分與刪除網路霸凌內容之必要性、以及參與網路霸凌之相關刑責如罰鍰、役期等皆須明確制定，綜此以利有效管控網路霸凌之亂象，並讓傷害降低。

值得關注的是，現今世界多數國家也已經設立較完善之法律，以有效抑制網路霸凌狀況，如美國設立反網路霸凌條款（教育相關法案、電子法）與 AB86 法案，針對網路霸凌者，進行一年以下有期徒刑、或一千美元以下之罰金懲處；法國亦針對網路霸凌設置專法，並對涉入網路霸凌者祭出兩年有期徒刑即三萬歐元的罰金；又如臺灣鄰近國家新加坡，其亦藉由防止騷擾法，透過法院保護令之運用，藉以保護受害者權益，並能要求移除網路上相關騷擾內容。³⁹

三、網路霸凌對醫療糾紛之影響

對於網友的批評，醫生們是又愛又恨，好的批評讓你門診病患激增，負評則讓你不知如何辯解。以第四章案例五：喝鹽酸自殺胃腐蝕破裂被質疑延誤病情案為例，郭老太太的女兒在網路上貼文，問網友像這樣的情形該不該簽和解書。並在網路上指名道姓的寫出我的名字，並且質疑大腸直腸外科醫師怎麼會處理喝鹽酸的病人，而且字裡行間隱喻著，我延誤了她母親的病情，我感到這對我的名譽造成傷害。就有公然侮辱之嫌。

³⁹用鍵盤摧毀一條人命：「網路霸凌」現象與防制策略建 <https://www.thenewslens.com/article/101576>



第六章 醫療糾紛解決對策

第一節、完善的病人安全制度

一、落實病人安全事件管理

每個醫療糾紛的形成，通常會先有一個醫療不良事件的發生，所以病人安全及醫療品質，顯得特別重要。衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，訂定了醫療品質及病人安全的工作目標，107 至 108 年度工作目標中，特別強調落實病人安全事件管理，要點如下：

(一)營造機構病人安全文化風氣

1. 醫院應對全院所有同仁加強病人安全觀念的宣導，並對不同單位層級給予不同內容的繼續教育，共同營造一個非懲罰性的環境，來鼓勵異常事件的通報。

建立員工對通報的正確觀念，宣導通報目的著重在檢討是否因系統上的缺失所導致事件發生，尋求改善機會，並且避免同樣的事件重複發生。醫院應建立暢通的管道，鼓勵員工不僅對於已造成嚴重後果的異常事件主動通報，同時對於輕微傷害的異常事件甚至差一點就發生的跡近錯失事件(Near Miss)，亦能進行通報。摒棄異常事件發生後立即追究個人責任的作法，以積極營造非懲罰性的通報環境。並規劃全院性教育訓練，了解病人安全的政策，教導異常事件通報系統，宣導通報意義與重要性。

2. 積極參與全國性病人安全通報，主動與其他醫院分享經驗，達到共同學習的目的。醫院可參與台灣病人安全通報系統或其他院際間的資訊交流管道，透過改善經驗的分享，來建立和改善院內病人安全的各種措施，避免重大異常事件的發生。

3. 鼓勵參與病人安全文化調查，定期分析檢討並積極營造病安文化。醫院應定期進行病人安全文化調查，鼓勵參與跨機構或全國性病人文化調查，針對調查分析結果進行檢視與討論，並作為機構或單位內營造病安文化之依據。

4. 醫院應定期檢討院內病人安全通報事件。醫院應有適當單位進行異常事件通報之收集、分析與報告，了解其正確性。

5. 根據異常事件分析結果提出具體可行之改善措施，避免類似事件重

複發生。

醫院應就院內通報事件分析結果，參考衛生福利部公告之「病人安全事件根本原因分析作業程序」參考指引或國內外文獻制定政策，界定重大異常事件及警訊事件，針對上述事件應進行根本原因分析，找出系統內潛在失誤因素並進行改善。應根據分析結果提出可行的改善方案，包括欲改善之流程或作業、負責執行的單位或人員、改善時限、評值指標，並持續監測。分析結果應有適當回饋機制，並運用適當管道提供警訊事件、學習案例或相關改善措施，便於醫療照護人員學習與及時提醒。

(二) 評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險

1. 醫院應建立醫療資訊系統病安事件的通報機制

在正式上線前，宜充份測試系統和模擬界面，並提供使用者有足夠的訓練與支援，以確保符合預期的功能。在新系統上線時應加強系統監控及問題回報機制，以利即時修正。

2. 醫院應建立醫療資訊系統病安通報檢討分析機制

病安事件分析時，應注意事件發生原因是否與醫療資訊系統有關，對重大異常事件進行根本原因分析。對屬於醫療資訊系統跡近錯失事件，醫院內之醫療單位、資訊部門、資訊廠商應進行檢討並提出可行措施，避免事件再發生。檢討分析時，應結合跨專業團隊共同參與推動醫療資訊系統的使用安全。

(三) 落實醫材不良事件通報機制

主動通報醫療器材不良事件通報。發生疑似醫療器材所引起的不良反應時，醫療機構於獲知後，宜主動通報至衛生福利部食品藥物管理署之「醫療器材不良反應通報系統」。

二、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

(一) 提供民眾多元參與管道，鼓勵民眾關心病人安全。與病人相關的作業，宜有機制蒐集病人及其家屬意見。邀請病人及其家屬、醫院志工、社區民眾或病人團體代表等參與病人安全委員會。參與方式可多元化，例如：列席表達意見、提供書面意見、接受諮詢、或擔任委員會委員皆可。

(二) 邀請民眾代表參與各類同意書與衛生教育教材之修正。徵詢民眾對衛教方式與內容的意見，藉以了解教材內容是否淺白易懂，並能提供民眾需

要之資訊。

- (三) 對於民眾的申訴抱怨、讚美信函中與病人安全相關的內容，宜建立機制蒐集與檢討，並回饋給病人安全委員會或相關品質管理單位。
- (四) 對於讚美意見，應公告或於相關會議宣讀，以肯定醫療機構與同仁的病人安全行為；對於改進意見，檢討後應適當的回饋民眾。
- (五) 鼓勵志工於民眾候診或陪伴家屬時，提供病人安全相關宣導，也可將民眾意見及時反映院方。
- (六) 鼓勵與病人、社福或社區團體合作宣導病人安全。

在實務上，要營造一個優良的病人安全文化風氣，免責是最重要的基礎。避免病安通報成為白色巨塔中鬥爭的工具，一直是病安推動的隱憂。不同醫院，有不同的醫院文化，跟企業組織文化一樣，要營造一個優良的病人安全文化風氣，則需要變革。對變革的抗拒，個人的因素包括：習慣、安全感、經濟因素、對未知的害怕、以及選擇性處理資訊。而組織因素，包括：習慣、結構慣性、傾向接受局部變革、團體慣性、威脅到專業人士、威脅到既有權力關係、以及威脅到既有資源分配。消除抗拒變革的方法，則有：教育與溝通、參與、潤滑與支援、協商、操縱與延攬、以及高壓手段。

所以，要營造一個優良的病人安全文化風氣，要從創造一個學習型組織做起：組織中存在所有人都認同的願景、組織成員放棄以往慣用的思考或處理事務的方式、成員以系統觀念來思考組織中的程序活動以及組織與環境間的互動、在無懼於批評或懲罰下成員得以坦誠開放地進行各種溝通、組織成員將共同努力完成願景此一目標放在個人私利或部門利益之前。避免醫療糾紛，從預防醫療不良事件的發生做起，完善的病人安全制度，預防除錯提升品質，就是預防醫療不良事件最好的方法。

第二節、和諧的醫病關係與良好的溝通技巧

幾份對台灣醫療糾紛的研究皆指出，超過八成的醫療糾紛源自於醫病關係與溝通不良。這其中包括醫護人員不適當的言行舉止與批評，沒有仔細聆聽病人陳述、對病家的抱怨不立即處理。例如第四章案例中醫護人員所稱「傷口都長蛆了」，「腸子有個黑點，好像破掉了」，「怎麼這麼晚才送來，胃都破掉了」。因此，和諧的醫病關係與良好的溝通技巧，更顯得重要。在做法上：

一、醫療人員應營造信任的溝通氣氛

醫療人員應以溫和、親切、耐心及平等的態度與病人及家屬溝通任何與疾病治療照顧有關的議題。鼓勵病人及其家屬勇於提出對其所接受的治療與處置的疑慮，並教育醫療人員以開放的態度受理意見，以及時解決問題，必要時院方應建立支援機制。設法了解病人及家屬關切之醫療問題，視需要為醫護人員、病人與家屬雙方舉辦交流會議，討論彼此對病情關注的議題。對於民眾反映之問題，應即時給予回饋，以營造信任的溝通氛圍。

二、鼓勵病人及其家屬勇於說出對其所接受的治療與處置之任何疑問。

運用住院須知、海報文宣、跑馬燈等傳播媒介，宣導病人及其家屬主動向醫療人員提出關心的病人安全問題。以徵稿或邀稿方式接受民眾提出與病人安全相關的想法，並於院內刊物或網站刊登。病人及家屬對於其接受的治療有重大疑慮而無法獲得醫療團隊適當回應時，可透過申訴管道或專線通報，醫院應積極回應，並協助臨床人員解決病人的需求。

三、教育訓練

定期舉辦人際溝通講座，安排人際溝通技巧的課程，請專家來演講，辦工作坊(Workshop)。從教育訓練著手。

第三節、善盡說明義務及鼓勵尋求第二意見

美國醫界有句名言：「事前一盎司告知，勝過將來在法院一磅的解釋」。善盡告知義務，可以防範醫療糾紛在實務上我們的做法是：

一、以病人聽得懂的言語及比喻來說明病情

在門診看病，對於病人的病情說明上，盡量以病人聽得懂的語言，以口語的方式，以比喻的方式，來解釋病情。然後根據病人的反應，判斷病人是否理解，若發現病人或家屬不甚理解，則請他們提問。解釋盡量生動活潑，例如：有一種痔瘡叫做血栓痔，它是肛門的結締組織有血塊堵塞，造成腫脹疼痛。講血栓痔，病人或許聽不懂，我就以肛門中風來比喻。病人可以了解腦中風是血塊堵塞住腦中的血管所造成，而血栓痔，就像腦中風一樣，是血塊堵塞肛門的血管所造成。所以要解釋血栓痔，就以肛門中風來解釋，通常病人都能夠輕易理解。

二、召集家屬及關心病患病情的人，舉行病情說明會

針對病情較為嚴重或病情比較複雜的病人，例如發現大腸癌需要手術治療時，我通常會請癌症個案管理師，跟病患及家屬以及關心病患的親朋好友們，約好時間舉行病情說明會。通常我都在診間，或是病房的會議室來舉行說明會。說明時，利用電腦的影像將大腸鏡檢查的影像、電腦斷層檢查的影像、以及其他檢查的結果，向病患及家屬說明，讓他們較容易理解。通常病情解釋時，我都會要求病患在場，除非家屬有強烈要求，要求不要讓病人本人知道，除非病人已經長期臥床，病重失去行為能力，我才會答應病患家屬的要求。如果病患身體體力上能承受積極治療，我一定要讓病患本人知道詳細的病情，因為後續的治療一定要病患本人清楚的了解，例如手術、或後續要做化學治療，這些一定要讓病患充分了解之後，才能施行。

召集所有的家屬以及關心病患病情的親朋好友一起來參加病情說明會，有一個好處，那就是避免各個家屬在不同時間來要求病情解釋，這樣會造成醫療作業執行上的困擾。在病情說明會結束後，請病患及家屬們開會討論一下，若同意手術治療，就讓病人和家屬簽具手術同意書。

三、 鼓勵尋求第二意見

如果病人或家屬對於我的診斷和治療方針仍有所疑慮，我通常會告訴病人及家屬，我們可以提供你在本院所做的所有檢查的資料，你可以拷貝回去，去你熟識和信賴的醫院，找相關科別的醫師，尋求第二意見。如果尋求其他專家意見之後，決定回到我這邊來治療，隨時歡迎你再回來。我們的癌症個案管理師也會留下聯絡的電話給你們，若有任何疑問，或需要相關的協助，可以電話詢問，癌症個案管理師會隨時提供協助。

四、 病情解釋只限於醫師及專科護理師執行

病情解釋，只限於負責照顧的醫師及護理師執行。其他工作人員，如照顧的看護人員，清潔人員，傳送班長，皆透過教育訓練，禁止作病情的解釋說明。一旦發生醫療爭議事件，則依照醫院醫療爭議事件處理機制，由發言人統一發言。

第四節、跨領域團隊合作照護及醫病共享決策

對於病患的治療計畫，藉由跨領域團隊所討論達成的共識，告知病人和家屬，再與家屬的互動中，請病患、家屬和醫療團隊，共同做出醫療決定，並且共同承

擔醫療決定所伴隨的風險。其作法如下：

一、 支持及鼓勵醫療人員及民眾參與醫病共享決策

應用多元宣導活動，如海報、多媒體傳播、宣導活動等提升院內員工及病人對醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)的理解與動機。進行醫病共享決策主題選擇時，能蒐集病人及臨床照護者的需求及問題。提供醫療人員必要的教育訓練課程，認知課程可結合原有訓練機制，技能導向課程如決策輔助工具(Patient Decision Aids, PDA)製作、引導員訓練等可以工作坊形式進行。提供醫療人員必要的資源，如院內資源中心、衛生福利部醫病共享決策平台及國際 Ottawa 資源中心。整合院內現有資源，給予醫療團隊實質支援，如實證醫學、病安、資訊、教學等的資源，以協助團隊將 SDM 融入現有流程。建立分享機制，提供醫療團隊及病人成功經驗並鼓勵參與。

二、 醫療團隊宜以病人需求為考量，進行醫病共享決策

針對需要共享決策的病人，利用各種工具，如圖片、多媒體影片、網路系統等，以病人可以理解的方式說明決策相關選項的好處與風險。鼓勵病人對自身疾病及治療選項提出相關問題，並確認病人及家屬了解不同選項的內容，如回覆示教或認知測驗。引導病人表達決策相關的在意點或價值觀，必要時給予病人充分時間考慮及納入家屬的意見及想法。以病人為中心考量個別需求及價值，結合專業意見，與病人及家屬一起做出最佳的決策。進行決策後執行的照護支持及效果評估，以病人為中心的考量，必要時可隨時更新訊息及決策。

三、 以陽明大學附設醫院的癌症整合型醫療為例

我是國立陽明大學附設醫院消化道癌多專科團隊的成員之一。國立陽明大學附設醫院為提升癌症病人之照護品質，並全面提升癌症診療品質，特設置「癌症委員會」

依衛生福利部所頒「癌症防治法」及「癌症診療品質保證措施準則」負責規劃、督導與評估院內各項癌症防治計畫，主要任務如下：

- (一) 訂定年度癌症防治計畫、重要工作、目標、優先順序、執行策略及審議機制。
- (二) 負責癌症資料庫管理工作之督導。
- (三) 負責癌症診療品質院內同儕審查機制之督導。
- (四) 每年針對癌症病人治療成果進行檢討與分析。

- (五) 癌症診療品質報告之審議。
- (六) 癌症診療指引之審議及修訂。
- (七) 推動整合性多專科癌症診療專業團隊。
- (八) 其他有關癌症醫療照護品質之促進。

消化道癌多專科團隊所負責的癌別，包含：大腸直腸癌、胃癌、小腸癌、腹膜癌、消化器官其他分界不明部位的癌症。團隊成員，核心成員包括：肝膽腸胃科、直腸外科、外科、血液腫瘤科、放射腫瘤科、放射診斷科、病理科。非核心成員，則包含：核醫科、藥劑部、營養室、個案管理師、護理部、癌症登記。當有病人被診斷出罹患大腸直腸癌，經過術前詳細的評估檢查之後，便提交 消化道癌症多專科團隊會議，由該病患主治醫師報告病患的病情，經過專科團隊成員詳細討論後，訂出治療計畫。癌症個案管理師，跟病患及家屬以及關心病患的親朋好友們，約好時間舉行病情說明會。說明會中，主治醫師將治療計劃向病人及家屬詳細解釋說明，並將其他可能的治療選擇，做與不做可能面臨的結果，各種治療選項的風險，在病情請說明會中說明，並鼓勵病患及家屬提問，大家一起討論，共同做出醫療決定，並且共同承擔醫療決定所伴隨的風險。

第五節、專業的醫療事故關懷處理團隊

一、專業醫療事故關懷處理團隊之組成

成員應包含法律、醫學、心理、社會工作及地方主管機關等相關專業人員。並可以透過社區組織、民間團體、醫院照服員、病友關懷協會等管道，來做醫療事故及時的關懷處理。

二、專業醫療事故關懷處理團隊之發揮

以我大腸直腸肛門科遇見的大腸鏡檢查醫療事故為例，由於大腸鏡檢查具有一定的風險，大腸鏡檢查時發生嚴重併發症，常常是發生醫療糾紛的起因，但是並非每一件大腸鏡嚴重併發症都會導致醫療糾紛。在我 25 年的行醫過程中，做大腸鏡發生穿孔出血等嚴重併發症需要手術治療者，一共有七個案例。其中三個案例演變成醫療糾紛，分別是：案例二鏡檢後大腸發炎剖腹探查案，案例三鏡檢時大腸穿孔剖腹修補案，案例四鏡檢後腹內大出血案。而大腸鏡檢查發生嚴重併發症未演變成醫療糾紛的四個案例，其過程回想起來，也是令人

膽戰心驚。下面就這四個案例，做檢討說明：

- (一) 第一個案例發生在民國 92 年，病患是一位 71 歲的老先生，在做大腸鏡時，發現穿孔，經跟病人家屬討論後，決定本院直接手術修補，修補完復原順利，七天後順利出院。病患和他的太太從事農業生產工作，知識水準不高，醫療知識缺乏，但對於醫師非常信任。因此發生穿孔事件時，他太太當機立斷，交給醫師來處理。立即緊急手術將穿孔部位修補，所以術後復原非常順利，也順利的出院。只是在住院過程中，老先生一直詢問為什麼會發生這樣的事情，對我有些責難，還好事後他沒有再追究。
- (二) 第二個案例發生在民國 101 年，病患是一位 75 歲的前國大代表，在宜蘭地區是相當知名的政治人物，他的兒子也是宜蘭縣現任議員。代表因有息肉體質，已經連續兩年在陽明大學附設醫院找我做大腸鏡追蹤。很不幸在做大腸鏡檢查時，息肉切除後，傷口沒有癒合，發生穿孔，到了做大腸鏡後的第三天才因為腹痛前來急診。緊急做電腦斷層檢查，發現疑似有大腸穿孔的現象，而且又有血便，並且腹痛越來越嚴重，疑似有腹膜炎的發生。記得當時是星期天上午，我與太太正開車前往台中的途中。行經關西交流道時，突然接到學弟陽大外科蔡主任的電話，告訴我有這樣的情形。我立即下交流道調頭，馬上開車返回宜蘭，直奔陽大急診室。看到電腦斷層檢查的結果，高度懷疑有大腸穿孔的情形，經跟代表詳細討論之後，決定剖腹探查手術來處理。開刀進去發現息肉切除的傷口沒有癒合，破了一個小洞，大便外漏，造成腹膜炎。由於事隔 3 天，發炎相當嚴重，只好將大腸拉出腹壁，做一暫時性人工肛門，將腹腔清洗後放置引流管，計畫等腹膜炎用抗生素治療痊癒後，於 3 個月後再將人工肛門關回去。發生這樣的事件，陽明大學附設醫院啟動了醫療事故即時關懷系統，除了我天天來查房巡視病人，幫病人換藥外，院長、副院長、社工室主任、每日都來探視。連醫院陽光小舖的老闆賴姐，也常常出現在代表病房中照顧代表。後來我才發現，醫院裡唯一的一家複合式商店陽光小舖的老闆賴姐，人脈廣闊，其實是醫院處理醫療糾紛的一個關鍵人物，醫院常常拜託她處理相關的醫療糾紛。代表本人相當客氣，我每天都親自去幫他換

藥。換藥結束後，他都面帶微笑，非常慈祥的雙手合十，跟我道謝。他的兒子，也就是現任的宜蘭縣議員，也非常尊重我們的專業。只是代表夫人，以及他的女兒，對我都有微詞，一直主張要將代表轉台北榮總治療。最後由於代表的堅持，一直留在本院治療。不知道是代表體質的關係，還是其他緣故，傷口癒合的一直不是很好，傷口也產生感染的現象。還好我們積極的換藥治療，最後傷口終於復原，引流管也拔除。只剩下腹壁上有一個暫時性的人工肛門。三個月後，我們請台北榮總直腸外科我的學長楊醫師來幫他將人工肛門造口關閉，可能是代表體質的關係，傷口又癒合不良，結果關造口處傷口裂開，於是轉到台北榮總做後續的治療，終於在一個月後，關閉人工肛門的傷口痊癒，整個事件才完全落幕。

- (三) 第三個案例發生在民國 104 年，病患是一位 72 歲的老先生，我在台北榮總蘇澳分院幫他做大腸鏡檢查，發現有息肉並做了息肉切除，結果隔天腹痛。他直接到羅東博愛醫院急診求診，檢查發現大腸有穿孔的現象，博愛醫院立即進行手術將穿孔修補，最後順利出院。後來他回到我的門診，告訴我有這樣的情形。他稍微責難了我一下。我跟他解釋做大腸鏡息肉切除都存在這樣的風險，還好他沒有再追究。兩年之後，他還是回到蘇澳榮民醫院來找我做大腸鏡的後續追蹤檢查。
- (四) 第四個案例發生在民國 105 年，病患是一位 35 歲的年輕人，來宜蘭的仁愛醫院找我做大腸鏡檢查。於星期六上午做大腸鏡及息肉切除術，當天下午，因為持續腹痛回來急診。X 光發現疑似腹腔有游離空氣存在，懷疑有穿孔的現象。於是仁愛醫院急診室的同仁告訴我這樣的情形，我記得當時是星期六的晚上，我正在參加醫療研討會後的餐會。共同用餐的，有博愛醫院的直腸外科學弟，我先問他今天有沒有值班。我趕回仁愛醫院急診視病人，發現疑似有大腸穿孔的現象，跟病患討論後，由於他住羅東，他想轉羅東博愛醫院治療。於是我馬上電話聯絡羅東博愛醫院的直腸外科學弟，請他幫我處理。在一切安排就緒後，將病人轉送到羅東博愛醫院急診室。經過進一步電腦斷層檢查的確診，於半夜進行剖腹探查手術並將破裂處修補，病人也於一周後順利出院。事件發生一個月後，病人前來我仁愛醫院的門診，跟我索取診斷證明書。還好他能理解這是大腸鏡檢查及息

肉切除的風險，最後也沒有追究。

三、專業醫療事故關懷處理團隊之重要性

每家醫院都有設置醫療事故關懷及處理小組，在醫療事故發生之時，立即啟動及介入事件的處理，對於整個事件的處理有一定的助益。尤其在醫療糾紛發生時，有專業的醫療事故關懷處理團隊，對醫生當事人，有很大的幫助。有專業團隊的幫忙，讓醫生可以繼續他的醫療業務。尤其在調解的過程中，藉由第三者的居中協調，比較容易達成和解。在調解的過程中，醫師何時需要親自出面？以我個人的經驗，在病情的釐清方面，最好要自己出面說明，因為只有自己最了解整個事件的來龍去脈，這樣才能釐清事件發生的過程，這是無法由其他人取代的。至於到了談判和解的過程，醫師本來就不適合出面，最好有第三者來居中協調。

第六節、善用醫療糾紛非訴訟調處機制

醫療糾紛爭議之解決，以和解為原則，法律訴訟為例外。我認為現階段最恰當的調處是透過衛生局所辦理的醫療爭議調處。以宜蘭縣衛生局為例：

一、宜蘭縣醫療爭議調處申請須知：

(一)目的：為增進醫療關係和諧，減少醫療訟源，提昇為民效率服務暨政府形象。

1. 醫療爭議調處係指病人與醫事人員或醫療機構間，因醫療行為引發後續不良結果（傷害或重大傷害等）所生爭議之調解疏處，以增加醫病雙方溝通機會。
2. 醫療爭議調處係由衛生局提供溝通平台，依雙方當事人之意願進行調解，以維持醫病關係之和諧，並非提供醫療疏失鑑定功能。

(二)不予受理醫療調處爭議事件：

1. 申請醫療爭議裁定及醫療疏失鑑定案件。
2. 已進入司法程序民事或刑事案件。
3. 於醫療機構發生之醫療爭議已超過相關法律規定對病歷、紀錄、報告等規範之保存年限。

(三)相關法令及規定：

1. 醫療法第 99 條第 1 項第 3 款規定：直轄市及縣（市）衛生局應設醫事審議委員會，其任務包括醫療爭議之調處事項。

2. 宜蘭縣政府醫事審議委員會設置要點：宜蘭縣政府於中華民國 98 年 3 月 25 日府授衛醫字第 0980004531 號發布施行。
3. 宜蘭縣政府醫療爭議調處作業要點：宜蘭縣政府於中華民國 103 年 7 月 17 日府衛醫字第 1030016559 號函修正發布施行

二、流程說明

- (一) 申請調處：民眾向本局申請醫療調處
- (二) 索取申請表格或至宜蘭縣衛生局網頁下載 www.ilshb.gov.tw 自行至衛生局索取申請表格或至本府衛生局網頁 www.ilshb.gov.tw，下載宜蘭縣醫療爭議調處申請書及調處委託書共 2 份表單。
- (三) 填具申請表格 並應詳填申請書所列內容，視需要提供相關證物，如診斷書、光碟影片、病歷文件等。
- (四) 收文：申請人郵寄或親自送至本局收文，確認申請人身分及相關繼承人資料
- (五) 送承辦人處理公文呈辦公文簽辦
- (六) 函請相對人提供診療經過及病歷影本 承辦人員隨即函請相對人提出診療經過、病情說明及病歷影本，送局參辦。
- (七) 主任委員指派 2 位委員參與調處 簽請指派 2 名委員（律師及醫師）參與調處
- (八) 通知雙方當事人依指定日期、地點接受委員之調處 函文通知申請人、相對人及 2 位委員於指定日期、地點接受委員調處。
- (九) 召開調處會議 依調處日進行調處，禁止錄音及錄影
- (十) 函復雙方當事人「調處成立證明書」或「不成立證明書」 調處成立或不成立，分別以正本函送雙方當事人及調處委員成立「調處成立證明書」或「調處不成立證明書」。
- (十一) 存檔結案 承辦人驗收後，交由行政科歸檔備查。

醫院方面，一旦接到衛生局的調處通知，就要積極的準備，先召開醫糾關懷小組會議，決定出席人員及因應對策，並取得充分授權。如果能在調處的階段，弭平醫療糾紛，才能創造雙贏的局面。

第七節、社會救助及社會保險制度的適時介入

由於醫療事故補償法的範圍過於廣泛，補償基金的來源爭議太多，讓「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」，最後又回到原點。從論文中第四章案例二鏡檢後大腸發炎剖腹探查案、案例三鏡檢時大腸穿孔剖腹修補案、案例四鏡檢後腹內大出血案中，可以發現——大腸鏡檢查存在著種種醫療事故的風險。而目前國民健康署，為了降低大腸直腸癌的死亡率，降低大腸直腸癌治療所造成的醫療成本與家庭、社會的龐大負擔，正在推行大腸癌的篩檢，利用檢查糞便潛血方式，來篩檢大腸癌。當檢驗出糞便潛血陽性反應時，就須進一步安排全大腸鏡的檢查。盼能早期發現，盡早治療。由於這是國家的健康政策，若因為大腸鏡檢查及處置而發生醫療事故，國家應立法給予保障。

我建議比照現已實施的藥害救濟制度，以及生產事故救濟制度，訂定「大腸鏡醫療事故救濟條例」，由衛福部設立「大腸鏡醫療事故救濟基金」，引用消費者保護法精神，強調無過失救濟，使民眾免陳情、免訴訟，迅速獲得救濟，在民眾接受大腸鏡檢查處置時發生重大醫療事故時，給予死亡給付與重大傷害給付等救濟措施，藉此幫助更多遭遇大腸鏡檢查處置時發生重大醫療事故家庭，也讓醫護人員在執行大腸鏡檢查及處置的醫療過程中，能無後顧之憂。草擬「大腸鏡醫療事故救濟條例」草案，內容如下：

第一章 總則

第一條（立法目的）

國民健康署，為了降低大腸直腸癌的死亡率，降低大腸直腸癌治療所造成的醫療成本與家庭、社會的龐大負擔，推行大腸癌的篩檢，利用定量免疫糞便潛血檢查方式，來篩檢大腸癌。當檢驗出糞便潛血陽性反應時，須進一步安排全大腸鏡的檢查。盼能早期發現，盡早治療。為了提高後續做大腸鏡檢查的確診率，相關醫護人員積極的鼓勵糞便潛血陽性反應個案接受大腸鏡檢查及相關處置。而大腸鏡檢查及相關處置的危險性及併發症包括可能造成大腸鏡受檢者發生大腸穿孔、大量出血、感染或其他的併發症而需住院觀察治療，必要時需輸血治療，少數情況甚至需要施行緊急開腹手術，甚至造成重大傷害或死亡結果。

為承擔大腸鏡檢查及相關處置的風險，國家建立救濟機制，確保國人於大腸鏡檢查及相關處置過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進大腸

鏡受檢者與醫事人員之伙伴關係，並提升國人健康及安全，特制定本條例。

第二條（主管機關）

本條例所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

第三條（名詞定義）

本條例用詞，定義如下：

一、大腸鏡醫療事故：指大腸鏡受檢者因大腸鏡檢查及相關處置所致之重大傷害或死亡結果。

二、大腸鏡醫療事故糾紛：指大腸鏡受檢者或家屬認為大腸鏡醫療事故應由醫事人員、醫療機構負責所生爭議。

三、當事人：指與大腸鏡醫療事故糾紛有關之醫事人員、醫療機構、大腸鏡受檢者或其他依法得提起訴訟之人。

四、系統性錯誤：指因醫療機構之組織、制度、決策或設備設施等機構性問題，致大腸鏡檢查及相關處置發生之不良結果。

第四條（大腸鏡醫療事故關懷小組之設置）

醫院應設置大腸鏡醫療事故關懷小組，於大腸鏡醫療事故發生時二個工作日內，負責向大腸鏡受檢者、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。

診所機構發生大腸鏡醫療事故糾紛時，應委由專業人員負責提供前項之關懷服務。

大腸鏡醫療事故關懷小組之成員應包含法律、醫學、心理、社會工作等相關專業人員。如大腸鏡受檢者、家屬或其代理人有聽覺、言語功能障礙或其他障礙致溝通困難時，應由受有相關訓練之成員負責說明、溝通與關懷。

中央主管機關應編列預算，辦理強化關懷人員說明、溝通及關懷之訓練講習，促進大腸鏡醫療事故糾紛之解決。

第五條（醫療機構提供病歷之義務）

大腸鏡醫療事故糾紛發生，醫療機構應於大腸鏡受檢者、家屬或其代理人要

求時，於三個工作日內提供個人病歷、各項檢查報告及健保醫令清單等資料複製本；資料眾多者，至遲應於七個工作日內提供。

前項資料複製所需費用，由請求人負擔。

第六條（醫事人員或其代理人所為道歉之陳述不得採為相關訴訟證據或裁判基礎）

依本章規定進行說明、溝通、提供協助或關懷服務過程中，醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉或相類似之陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。

第二章大腸鏡醫療事故救濟

第七條（大腸鏡醫療事故救濟基金之來源）

中央主管機關應設基金，辦理大腸鏡醫療事故救濟。基金之來源如下：

一、政府預算撥充。

二、菸品健康福利捐。

三、捐贈收入。

四、基金孳息收入。

五、其他收入。

第八條（大腸鏡醫療事故救濟給付種類及申請給付對象）

大腸鏡醫療事故救濟給付種類及申請救濟給付對象如下：

一、死亡給付：大腸鏡受檢者死亡時，為其法定繼承人。

二、重大傷害給付：受害人本人。

前項請求權人申請救濟給付之程序、救濟條件、重大傷害之範圍、給付金額、方式、標準、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第九條（大腸鏡醫療事故救濟審議會之設置）

中央主管機關為辦理大腸鏡醫療事故救濟之審議，應設大腸鏡醫療事故救濟審議會。

前項審議會由中央主管機關遴聘醫學、法律專家、及社會公正人士、機關代表組成。下列各款情形之一，代表人數不得少於三分之一：

一、單一性別。

二、法學、社會公正人士代表。

審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第十條（大腸鏡醫療事故救濟案件之審議期限）

中央主管機關辦理大腸鏡醫療事故救濟案件，應於收受申請之日起三個月內作成審定；必要時，得延長三個月，並以一次為限。

第十一條（大腸鏡醫療事故救濟原則及不予救濟事由）

大腸鏡醫療事故之救濟以與大腸鏡檢查及相關處置有因果關係或無法排除有因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予救濟：

一、同一大腸鏡醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：

（一）民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。

（二）告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。

（三）非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意。

二、應依藥害、預防接種或依其他法律所定申請救濟。

三、申請救濟之資料虛偽或不實。

四、本條例施行前已發生之大腸鏡醫療事故。

第十二條（救濟基金返還之情形）

給付救濟後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還：

一、有具體事實證明依前條規定不應救濟。

二、同一大腸鏡醫療事故於救濟後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。

第十三條（損害賠償之認定）

給付救濟款項後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之救濟款項，就同一大腸鏡醫療事故，視為醫療機構、醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。

前項中央主管機關支付之救濟款項，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構、或醫事人員請求返還。

中央主管機關向醫療機構追償時，如醫療事故發生原因指向系統性錯誤者，醫療機構於償還後，不得向醫事人員求償。

第十四條（大腸鏡醫療事故救濟請求權之時效期間）

大腸鏡醫療事故救濟款項請求權，自請求權人知有大腸鏡醫療事故時起，因二年間不行使而消滅；大腸鏡醫療事故發生逾十年者，亦同。

第十五條（大腸鏡醫療事故救濟款項請求權不得讓與、抵銷、扣押或供擔保）

大腸鏡醫療事故救濟款項請求權，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

受領大腸鏡醫療事故之救濟給付，免納所得稅及遺產稅，亦不得為執行之標的。

第十六條（中央主管機關得向機構請求限期提供資料）

中央主管機關為辦理大腸鏡醫療事故救濟業務，得限期醫療機構、及其他相關機關（構）提供所需之病歷、診療紀錄、簿據或其他相關資料，被要求者不得規避、妨礙或拒絕。

第十七條（大腸鏡醫療事故救濟審議委員之迴避義務）

有下列情形之一者，大腸鏡醫療事故救濟審議委員應自行迴避：

一、為當事人本人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻親、家屬。

二、為當事人代理人。

三、與當事人或代理人服務於同一醫療機構。

申請人知悉救濟審定結果有前項應自行迴避而未予迴避之情事，得申請重新審議。但申請人已依法提起或曾提起訴願、行政訴訟者，不在此限。

第十八條（對救濟給付審定不服之救濟程序）

對救濟給付審定不服者，得依法提起訴願及行政訴訟。

第十九條（主管機關得委託辦理大腸鏡醫療事故救濟業務）

中央主管機關為辦理大腸鏡醫療事故救濟行政業務，應編列預算為之，並得委託財團法人、其他機關（構）或團體辦理下列事項：

一、救濟申請之審定、給付等庶務工作。

二、救濟基金收取及管理之協助。

三、大腸鏡醫療事故事件之統計與分析。

四、大腸鏡醫療事故救濟事件資料庫之建立、分析及運用。

五、其他與大腸鏡醫療事故救濟業務有關事項。

中央主管機關得隨時要求前項受託財團法人、其他機關（構）或團體提出業務及財務報告，並得派員檢查其業務狀況及會計帳簿等資料。

第二十條（相關人員之保密義務）

辦理大腸鏡醫療事故救濟給付相關業務之人員，因執行職務而知悉、持有他人之秘密，不得無故洩漏，或為自己、他人利益而使用。

第二十一條（大腸鏡醫療事故救濟申請之適用範圍）

中華民國國民申請大腸鏡醫療事故救濟，以該大腸鏡醫療事故在中華民國境內發生者為限。

前項申請，中華民國國民之外籍配偶，適用之。

除前項所指之申請外，非中華民國國民申請大腸鏡醫療事故救濟，以依條約、協定、協議或其國家、地區之法律、慣例，中華民國人民得在該國或地區享受同等權利者為限。

第三章 大腸鏡醫療事故事件通報、查察、分析及公布

第二十二條（風險管控與通報機制之建立）

為預防及降低大腸鏡醫療事故風險之發生，醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對重大大腸鏡醫療事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

主管機關應於通報後一年內查察改善方案之執行。

前二項通報及查察辦法，由中央主管機關定之。

重大大腸鏡醫療事故事件分析根本原因內容，不得作為司法案件之證據。

第二十三條（大腸鏡醫療事故救濟事件之統計分析及公布）

主管機關對經辦之大腸鏡醫療事故救濟事件，應進行統計分析，每年公布結果。

前項公布之方式，應至少包含醫療機構層級別、區域別及性別之案件分析。

第二十四條（大腸鏡醫療事故發生原因分析及檢討提出改善方案）

中央主管機關對發生大腸鏡醫療事故糾紛或大腸鏡醫療事故之醫療機構，得視需要分析發生原因，並命其檢討及提出改善方案。

前項分析，得委託具公信力之機構或團體辦理，並應注意符合匿名、保密、共同學習之原則，且不以處分或追究責任為目的。

第四章 罰則

第二十五條（未建立風險管控通報機制及未作事件分析提出改善方案之處罰）

醫療機構違反第二十二條第一項規定，有下列情事之一者，各處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰：

一、未建立機構內風險事件管控與通報機制。

二、未針對重大大腸鏡醫療事故事件分析根本原因、提出改善方案。

三、未配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

第二十六條（規避妨礙或拒絕主管機關要求提供病歷診療紀錄等資料之處罰）

醫療機構或其他相關機關（構）規避、妨礙或拒絕主管機關依第十六條所為之要求者，由中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。

第二十七條（未設立大腸鏡醫療事故關懷小組或未依期限提供病歷等資料之處罰）

醫院未依第四條設立大腸鏡醫療事故關懷小組或醫療機構未依第五條第一項規定期限提供資料者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。

第二十八條（相關人員違反保密義務之處罰）

辦理大腸鏡醫療事故救濟給付相關業務之人員違反第二十條規定者，由中央主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

第五章 附則

第二十九條（施行日）

本條例自公布後半年施行。

以上，就是草擬的「大腸鏡醫療事故救濟條例」草案內容，希望能在醫學會中發表，引起同儕的關注，凝聚共識，藉由中華民國大腸直腸外科醫學會，台灣消化系醫學會，台灣消化系內視鏡醫學會，台灣消化系外科醫學會等學會的力量，向具醫師背景的立法委員遊說，引發輿論關注與討論，讓社會大眾了解內視鏡檢查的風險，以促成法案的立法完成。

第八節、醫療專業責任保險與互助會適度移轉風險

一、目前台北榮總及其分院都有為醫事人員投保業務責任險，另有設立醫療互助會，每月從醫師薪水中繳五百元成立醫療互助金，讓醫護人員面對醫療糾紛涉及賠償時無後顧之憂。

二、聖母醫院員工關懷風險互助委員會

（一）成立宗旨：鑒於醫療爭議事件發生時，當事員工身心靈深受煎熬，特以愛心關懷，彼此互助之緣由，設立羅東聖母醫院員工關懷風險互助會。凡本院員工，含新進員工，兼任醫師，兼任醫師助理，皆可成為員工關懷風險互助會基本成員。規定醫師類必須加入，不加入者應簽立切結書，未簽切結書者視同加入。其他單位人員原則上鼓勵加入，但參加者得委由人事室代為收發申請書並保管之。

（二）補助審查原則：

委員會就申請補助案件審查應秉持下列原則

1. 互助會補助上限每人每年累計一百萬元
2. 根據醫審會決議醫療糾紛事件之決議互助人本身有過失則由互助人本身自負 15%本會之負 35%並由院方支付剩餘 50%互助會每年最多補助上限金額一百萬元餘額由互助人本身自行負擔
3. 若互助人本身無過失責本會支付 50%有院方支付剩餘 50% 本會支付上限一百萬元
4. 對相關案件之決議不得違反醫療爭議委員會之決議或司法判決

(三)互助金來源：

互助金經費來源由醫院補助一百萬元作為成立基金外，會員得繳納入會費及月費。各類人員之收費標準如下：

1. 專任主治醫師入會費 10000 元月費 1000 元，
2. 兼任主治醫師入會費 10000 元月費 1000 元。兼任主治醫師定義為除了門診外有其他住院手術和其他相關醫療行為者。
3. 門診兼任主治醫師入會費 5000 元月費 500 元。

(四)醫療爭議分擔原則：互助人在應本院發生之醫療事故，經司法判決或經本院醫療爭議委員會裁定判定個人可能有過失或可能無過失時，依羅東聖母醫院醫療爭議委員會組織章程第六條之費用分擔原則辦理。(所謂分擔原則和解金之認定包括和解金、紅包、奠儀、慰問金)。但為保持事件之最少傷害，僅互助會之主任委員及秘書得被告之裁定結果，互助會再據以核定補助金額。

(五)保密規定：

本會所有人員對審查處理之相關案件係屬業務機密，不得向本會以外之第三人透露，經查有洩密屬實者，得經委員會決議開除會籍退會，且不予退款。

三、富邦醫療專業責任保險

醫療責任保險即在為醫師可能面臨的風險提供保障，主要承保醫師執行業務時，因過失、錯誤或疏漏而違反其業務上之責任及義務，直接造成病人體傷或死亡，依法應負賠償之責任。

(一)承保對象：

醫師業務責任保險：合法執業之醫師。

醫療機構綜合責任保險：以符合醫療法之規定，得供醫師執行醫療業務之機

構。

(二)保險期間：一年期

(三)承保範圍：

1. 醫師業務責任保險：

被保險人在保險期間及追溯期間內，執行醫師業務，直接引致病人體傷或死亡，依法應由被保險人負賠償責任，而在保險期間內首次受書面賠償請求時，本公司對被保險人於保險契約所載之保險金額範圍內負賠償責任。

2. 醫療機構綜合責任保險：

被保險人於追溯日起至保險期間屆滿前於營業處所內發生下列事故，致第三人受有體傷、死亡或財物損失，依法應由被保險人負賠償責任，且在保險期間內初次受賠償請求時，本公司依本保險契約之約定，對被保險人負賠償之責：

(1)公共意外責任：被保險人或其受僱人因經營業務之行為在營業處所內發生之意外事故。以及被保險人營業處所之建築物、通道、機器或其他工作物所發生之意外事故。

(2)醫療過失責任：被保險人之醫事人員在營業處所或外派執行醫療業務時，因過失、錯誤或疏漏而違反其業務上應盡之責任，直接引致病人體傷或死亡之事故。

(四)醫療責任保險商品特色

1. 承保範圍大，幾乎可完全涵蓋所有醫療糾紛

於執業時如遇有體傷、死亡等醫療糾紛，富邦產險將會協助處理、解決糾紛，並於承保範圍內給付依法應支付的賠償金額，轉移執業的風險。

2. 適時協助糾紛處理，尊重被保險人意見

自糾紛開始，專業參與、全程協助。整個處理過程，秉持「以被保險人的專業意見為最高指導原則」，並協助提供解決糾紛之專業意見。

3. 專業的處理過程、客觀的理賠態度

提供專業的醫療顧問、法律顧問以及理賠人員，不僅擁有豐富的經驗，且具有十足的專業能力，可以協助在醫療糾紛的過程中取得合理、合法的解決之道。

4. 免費的律師顧問服務

凡投保醫療責任險者，將替被保險人支付律師顧問費，讓被保險人能免費擁有自己的法律顧問，協助處理日常執業上、生活上所面臨之各項法律問題。

四、醫院員工關懷風險互助會與產險之醫療人員業務責任保險之比較

從保險金額與保險費的角度來看，以相同的保障，每一次事故保險金額兩百萬元為例，大腸直腸肛門科醫師參加業務責任保險，每年保費繳交金額為 12459 元。而聖母醫院的員工關懷風險互助會，入會費 10000 元，每月繳交 1000 元，繳了 10 年後就不用再繳，並享有同樣的保障。所以以醫師個人的角度而言，參加醫院的醫療互助會是比較有利的選擇。而商業產險的醫療機構綜合責任保險，則適合醫療機構參與。若由醫院為醫事人員投保業務責任險，同時又有醫療互助會的雙重保障，讓醫護人員面對醫療糾紛涉及賠償時，更無後顧之憂。

表 8-1 醫院員工關懷風險互助會與醫療人員業務責任保險比較表

主體 項目	員工關懷風險互助會	醫療人員業務責任保險
適用對象	凡醫院員工(新進員工、兼任醫師、兼任醫師助理)皆可成為員工關懷風險互助會基本成員。規定醫師類必須加入，不加入者應簽立切結書，未簽切結書者視同加入。	醫師業務責任保險：合法執業之醫師
適用期間	在職期間	保險契約有效期間
年繳費用	較低	較高
優點	醫院會幫你出一半，等於保障多了一倍 保費繳了一定期限，不用再繳，享有同樣的保障。	承保範圍大，幾乎可完全涵蓋所有醫療糾紛；適時協助糾紛處理，尊重被保險人意見；免費律師顧問服務
缺點	若進入訴訟程序，僅有醫院法律顧問協助，大都要自己找律師。	缺乏醫院方的支援及協助

第九節、審慎的法律制度修訂

為配合醫療法第 82 條施行，並有助於促進醫病關係與提升醫療品質，把過去比較爭議的補償問題先擱置，提出「醫療事故預防及爭議處理法」草案，秉持「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「預防除錯提升品質」三大原則。希望透過建立關懷小組、第三方鑑定單位等機制，盼藉此增加調處成功機會，讓醫病不用上法院就能得到滿意結果。謹說明本人見解如下：

一、「醫療事故即時關懷」

由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會)主導的醫院評鑑制度，由於跟健保給付有密切的關聯性，醫院管理階層無不積極應對。其評鑑條文中，就已有相關規定。立法予以保障應較無爭議。

二、「醫療爭議調解先行」

各直轄市、縣市政府衛生局需由具備醫、法等不同背景專家及社會公正人士組成「醫療糾紛爭議調解會」，提供初步鑑定及調解的功能。調解前初步鑑定程序，其立意在於使病人能夠初步了解其所涉及之事件是否真的為「醫療糾紛」，或僅為「其預期與醫療結果之落差」而非醫療機構或醫事人員在醫療過程中有疏失者，「初步鑑定」之目的在於幫助當事人初步了解事實，避免動輒興訟。在醫療實務上，各縣市衛生局作法不一，需要以法律加以規定。

三、「預防除錯提升品質」

衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，訂定了醫療品質及病人安全的工作目標，針對預防除錯提升品質，在醫院評鑑制度評鑑條文中，就已有相關規定，立法予以保障也應無爭議。

四、給予受害人實質補償利益

- (一) 發生醫療事故時，醫院的契約不履行責任：萬一發生醫療事故，雖然醫師可以免責，醫院也沒有侵權行為連帶損害賠償責任。但民法侵權行為與契約不履行的民事賠償請求權是屬「請求權競合說」(人身權受侵害時採請求權競合說，應認為債權人得就其有利之法律關係而為主張)，在未能啟動國家的「醫療風險受害救濟制度」前，受害人只能依契約不履行責任，包括給付不全或加害給付請求權，向與病人簽訂醫療契約的當事人醫療院所，依民事訴訟請求恢復原

狀或金錢賠償，否則醫院姿態太高得理不饒人，拒不和解才是醫療爭議糾紛不斷之源。

- (二) 以界定明確的醫療事故項目成立醫療風險受害救濟制度(風險救濟)：醫師免責，但病人無法獲得急難救助，無濟於事，所以為配合國家防疫政策、人口政策、「提升五大科、守護偏鄉醫療計畫」政策之推行，政府就要出面整合成立「醫療風險受害救濟制度」，救濟配合政策實施的無辜受害人。補償制度應從可以明確界定的醫療事故項目來試行，例如藥害救濟制度，以及生產事故救濟制度，原因是事故補償範圍容易明確界定。從辦理後的成效來看，已達到當初設立的目的。⁴⁰我認為，可以訂定「大腸鏡醫療事故救濟條例」，由衛福部設立「大腸鏡醫療事故救濟基金」，以利國家推行的防癌政策，若因為大腸鏡檢查及處置而發生醫療事故，國家應立法給予保障。
- (三) 強制醫師投保醫師責任保險(過失賠償)：立法強制每位執業醫師都必須投保醫師責任保險，大數法則之下，可以大幅降低保費，保險公司並可介入事前的醫師風險管理與出險後的和解，核賠。日後可進一步由中華民國醫師公會全國聯合會成立醫師責任保險合作社，並對外再保。
- (四) 推動醫事人員強制責任保險(事故補償)：不論醫師有無過失，均予受害人限額補償，比照汽車強制責任保險機制，以及時保障醫療受害人。

⁴⁰ 自 101 年起試辦生育事故補償，已減少七成的醫療訴訟，領取補償金的 200 多案中僅兩案事後再提起訴訟，申請案數亦已逐年降低。臺灣醫界雜誌編輯部，醫界最終戰-不可不知的醫療糾紛處理及醫療事故補償辦法，中華民國醫師公會全國聯合會，第 8 期，頁 31，2015 年 8 月

第七章 結 論

一個醫療不良事件的發生，造成對病人一定程度的傷害，病患和家屬不滿的情緒沒得到妥善的撫平，一旦這種情緒爆發出來，就會引發醫療糾紛。因應對策，應從預防醫療不良事件的發生做起。完善的病人安全制度，預防除錯提升品質，就是預防醫療不良事件最好的方法。對於病患的病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，都應詳細耐心，用病患及家屬能聽得懂的語言及方式，說明清楚，若有疑義，主動提供完整資料，讓病患去尋求第二意見。

對於病患的治療計畫，藉由跨領域團隊所討論達成的共識，告知病患和家屬，在與家屬的互動中，請病患、家屬和醫療團隊，共同做出醫療決定，並且共同承擔醫療決定所伴隨的風險。當醫療不良事件導致醫療傷害發生，醫療事故即時關懷可以撫平病患及家屬不滿的情緒，此時和諧的醫病關係與良好的溝通技巧就顯得特別重要。專業的醫療事故關懷處理團隊，可以幫助醫療事故的處理，弭平爭議於無形。糾紛產生，妥善利用多元的醫療糾紛非訴訟調處機制，藉由公正客觀、雙方都可信任的第三方主持，進行調解。本研究認為，由衛生局主導的醫療糾紛調處，是較專業及客觀的管道，具有初步鑑定的功能，了解事實，化解紛爭。避免時間拉長，可以降低雙方所受到的傷害。進入訴訟程序，只是掉入另一個泥沼，對彼此都是傷害的延伸。

社會救助的適時挹注，可以解決糾紛背後所隱藏的經濟因素所造成的問題。本研究認為，訂定「大腸鏡醫療事故救濟條例」，由衛福部設立「大腸鏡醫療事故救濟基金」，在民眾接受大腸鏡檢查處置時發生重大醫療事故時，給予死亡給付與重大傷害給付等救濟措施，藉此幫助更多遭遇大腸鏡檢查處置時發生重大醫療事故家庭，也讓醫護人員在醫療過程中無後顧之憂。加入保險以移轉風險，醫療機構或醫師加入醫療專業責任保險或醫療互助會，民眾方面加入醫療保險。透過保險，對於醫療糾紛的解決，有一定的助益。

從法律制度面，著重於「預防除錯提升品質」、「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」的「醫療事故預防及爭議處理法」，以立法來保障醫療安全是需要的，但是需要顧及多方的立場與意見。由於醫療糾紛的特殊性，若是因為欠缺溝通的管道，或者對於法律程序的揣測不解，使醫病雙方常常產生誤會；而對於司法程序的不信賴，也讓醫療糾紛延宕長久，難以解決。其實，法庭不見得是醫病

雙方最好的對話空間，醫生接到法院傳票之前，有很多機會可以促進雙方進行溝通，這也是現在推行「醫療調解程序先行」的目的，希望在一個資訊透明、程序不對外公開、並且保護雙方隱私的調解程序中，讓公正第三者（具有醫療背景或法律背景的調解委員）主持之下，讓醫病雙方基於平等地位，互相坦白真意，了解真相，達到雙方都能接受的結果。

有人問我，寫完這篇論文如果再遇到醫療糾紛，是否仍會感到恐懼？我的答案依然是：會的。生命誠可貴，醫者，穿梭死生現場的逆轉者、默哀者，每一步都如臨深淵，戒慎恐懼。在這死生現場三十餘年，我從踏入的第一步起就承諾以病人為中心、以病人的健康為出發、盡己所能幫助他們。遭遇醫療糾紛，是他們人生故事中傷痛的一頁，我無法抽換，但，請讓我們，一起翻過去。金錢的損失，可以再賺回來，身心健康的失去，甚至生命的喪失，則難以彌補。透過文字，在這死生現場外構築一座教堂，我想對在我手上發生醫療事故的人表達遺憾與歉意；對於沒有因此告我的人，謝謝你能理解醫療行為的風險及不確定性；對於一切紛擾與爭討，我也能體諒背後的困難及苦衷。醫者、病患、家屬在那一頁糾結的交集後，都有各自的平靜及解脫需尋求。論文，是獨白，是告解，其實也是給生命的情書。無論是想經由法律人的觀點，為內在衝突找尋外在依歸，或純粹是醫者暫離死生現場釋放自己的手段，一艘滿載壓力的船總是要設法卸載，才不至於沉沒，一些難以分享自我懷疑與成長總是要努力留下些什麼，不是只能沉默。論文至此擱筆，黃金淘客不僅重拾丟失的睡眠，也尋回自己在死生現場的初心及與恐懼共處的勇氣，再次誠摯的默禱：請讓我們，一起翻過去。

參考文獻

一、 中文參考文獻

(一) 專書

1. 王澤鑑，侵權行為法:基本理論之一般侵權行為，頁 296，2003 年 10 月，自版。
2. 吳正吉，護理人員如何預防與解決醫療糾紛，醫事法學，頁 74-77，1996 年。
3. 林誠二，民法債編總論(上)，自版，頁 240- 241，2000 年 9 月。
4. 林鈺雄，新刑法總則，163-172 頁，2014 年。
5. 施茂林，醫病關係與法律風險管理防範，五南圖書出版公司，頁 227，2015 年 10 月。
6. 陳學德，美國道歉制度的沿革及啟示，元照出版，初版，頁 38，2014 年 6 月。
7. 鄭逸哲，臨床裁量權 v.s.醫療常規，頁 12-13，2014 年。
8. 鄭燦堂，風險管理，理論與實務，頁 19 至 20，2016 年八版。
9. 鄭玉波，民法債編總則，三民，頁 161-162，1990 年 9 月。
10. 醫療爭議處理參考手冊第四版。

(二) 期刊論文

1. 台大法學論叢第 33 卷第 4 期，頁 46，2007 年 2 月。
2. 台灣本土法學雜誌第 39 期，頁 106，2002 年 10 月。
3. 何盈青，醫療訴訟起訴前之紛爭解決機制，以台中地方法院醫療試辦制度為例，國立政治大學法律系碩士論文，2018 年。
4. 吳若儒，我國醫療糾紛處理及醫療事故補償法發展之光與影，國立政治大學法學院碩士在職專班碩士論文，2018 年。
5. 林杏麟、李維哲，醫療刑法與巨額賠償引發之防禦性醫療—壓死健保的最後一根稻草，臺灣醫界，第 53 卷第 12 期，頁 636-638，2010 年 12 月。
6. 邱琦，臺日民事醫療訴訟—實務比較研究(下)，月旦醫事法報告，第 3 期，頁 159，2017 年 1 月。
7. 洪敏瑜，〈醫學研究中告知後同意之法律意涵〉，國立清華大學科技法律研究所論文，2009 年。

- 8.高添富、高銘佑，自「生育事故爭議事件試辦計畫」探討「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之立法走向—醫界觀點，醫事法學，第21期第2卷，頁21-34，2014年12月。
- 9.高添富，醫療糾紛去刑事訴訟化才是今後修法重點。第55卷第10期，頁41-44，2012年10月。
- 10.陳學德，美國道歉制度的沿革及啟示，元照出版，頁38，2014年6月初版。
- 11.陳君傑，醫療糾紛處理之法制研究。國立高雄大學法律系研究所碩士論文，2018年。
- 12.曾建元，病人權利的倫理難題兼論醫療倫理委員會與倫理諮詢專員在其間的角色，應用倫理研究通訊，25期，頁31-32，2003年。
- 13.張家維、楊智傑，美國醫療糾紛揭露制度之研究-以美國醫療錯誤揭露與賠償法案為中心，治未指錄：健康政策與法律論叢，第3期，頁147，2015年1月。
- 14.張嘉訓、吳佳琳，簡述「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，臺灣醫界，第56卷第3期，頁8-12，2013年3月。
- 15.張孟源、張嘉訓、吳佳琳，解決醫療糾紛的拼裝車—談「調解制度」與「補償制度」。台灣醫界，第56卷第4期，頁10-14，2013年4月。
- 16.葛謹，英國醫療糾紛處理制度：對改進我國制度之啟示，臺灣醫界，第51卷第2期，頁41，2008年2月。
- 17.楊秀儀，從無過失重回過失--紐西蘭有關醫療傷害補償制度之變遷及對台灣之啟示，政大法學評論，64期，頁97-119，2000年。
- 18.楊秀儀，美國告知後同意法則之考察分析，月旦法學雜誌，121期，頁141，2005年。
- 19.鄭逸哲，臨床裁量權和行為有價值乃醫療民法和醫療刑法不可抵觸的底線，軍法專刊，59期2卷，頁124，2013年。
- 20.臺灣醫界雜誌編輯部，醫界最終戰-不可不知的醫療糾紛處理及醫療事故補償辦法，中華民國醫師公會全國聯合會，第8期，頁30-32，2015年8月。

(三) 網頁文獻

1. 周恬弘，醫療糾紛的結如何解？獨立評論@天下，2015 年 5 月 22 日，<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/322/article/2853>，最後瀏覽日：2019 年 6 月 1 日。
2. 周恬弘，坐下來，好好談——醫療糾紛可以不再兩敗俱傷，天下雜誌，2017 年 9 月 5 日，<https://opinion.udn.com/opinion/story/6785/2714099>。最後瀏覽日：2019 年 6 月 1 日。
3. 鄭逸哲，「醫療常規」是虛構的概念，2012 年 12 月 19 日，<https://www.facebook.com/doctorvoice.org/posts/148187385329412>，最後瀏覽日：2019 年 6 月 1 日。
4. 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案初審通過，共創病人、醫療人員及法界三贏里程碑。衛福部醫事司，2014 年 5 月 13 日。
<http://www.mohw.gov.tw/cp-16-21988-1.html>，最後瀏覽日：2019 年 6 月 1 日。
5. 用鍵盤摧毀一條人命：「網路霸凌現象與防制策略建構」，2018 年 9 月 3 日，<https://www.thenewslens.com/article/101576>，最後瀏覽日：2019 年 6 月 19 日。

(四) 其他

1. 行政院衛生署公報，第 32 卷 3 號，頁 68-69。
2. 107-108 年度醫院醫療品質及病人安全工作目標手冊。
3. 108 年醫院評鑑基準及評量項目(區域醫院、地區醫院適用)。

二、 外文參考文獻

1. Association of Robotic-Assisted vs Laparoscopic Radical Nephrectomy With Perioperative Outcomes and Health care Costs, 2003 to 2015. JAMA. 2017;318(16):1561-1568.
2. Bell GD, Charlton JE. Colonoscopy-Is sedation necessary and is there any role for intravenous propofol? Endoscopy 2000;32(3):264-7.
3. Complications Following Colonoscopy with Anesthesia Assistance: A Population-Based Analysis. JAMA Intern Med. 2013 Apr 8; 173(7): 551 - 556.

4. Froehlich F, Gonvers JJ, Fried M. Conscious sedation, clinically relevant complications and monitoring of endoscopy: results of a nationwide survey in Switzerland. *Endoscopy* 1994;26(2):231-4.
5. Iber FL, Sutberry M, Gupta R, Kruss D. Evaluation of complications during and after conscious sedation for endoscopy using pulse oximetry. *Gastrointestinal Endoscopy* 1993;39(5):620-5.
6. Jeanine P. Wiener-Kronish, and Michael A. Gropper. *Conscious Sedation*. Hanley & Belfus, Inc. 2001: 119-134
7. Kulling D, Fantin AC, Biro P, Bauerfeind P, Fried M. Safer colonoscopy with patient-controlled analgesia and sedation with propofol and alfentanil. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001;54(1):1-7.
8. Lazzaroni M, Porro GB. Preparation, premedication, and surveillance. *Endoscopy* 2001;33(2):103-8.
9. Phillips MS. Drugs and sedation for colonoscopy. *Primary Care; Clinics in Office Practice* 1995;22(3):433-43.
10. Roseveare C, Seavell C, Patel P, Criswell J, Shepherd H. Patient-controlled sedation with propofol and alfentanil during colonoscopy: a pilot study. *Endoscopy* 1998;30(5):482-3.
11. The American Society of Anesthesiologists (ASA): Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologist. *Anesthesiology* 84:459-471, 1996.
12. The American Society of Gastroenterology (ASGE): www.asge.org.
13. The ROLARR Randomized Clinical Trial: Effect of Robotic-Assisted vs Conventional Laparoscopic Surgery on Risk of Conversion to Open Laparotomy Among Patients Undergoing Resection for Rectal Cancer. *JAMA*. 2017;318(16):1569-1580
14. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. : Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69-90.
15. Edward BK, Ward E, Kohler BA, et al. : Annual report to the nation on

- the status of cancer, 1975–2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer* 2010;116:544–573.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of colorectal cancer tests—United States, 2002 and 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008; 57:253–280.
 17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Increased use of colorectal cancer tests—United States, 2002 and 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006;55:308–311.
 18. Meissner HI, Breen N, Klabunde CN, et al. : Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15:389–394.
 19. Henley SJ, King JB, German RR, et al. : Surveillance of screening-detected cancers (colon and rectum, breast, and cervix) – United States, 2004–2006. *MMWR Surveill Summ* 2010; 59:1–25.
 20. Fearon ER, Vogelstein B: A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell* 1990; 61:759–767.
 21. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, et al. : Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997; 112:594–642.
 22. Soetikno RM, Kaltenbach T, Rouse RV, et al. : Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults. *JAMA* 2008; 299:1027–1035.
 23. Chan AT, Giovannucci EL: Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2010;138:2029–2043.
 24. Harvard Report on Cancer Prevention, Cancer Causes and Control 1999;10:167–180.
 25. Mandel JS, Church TR, Ederer F, et al. : Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 434–437.
 26. Ahlquist DA, Sargent DJ, Loprinzi CL, et al. : Stool DNA and fecal occult

blood testing for screen detection of colorectal neoplasia. *Ann Intern Med* 2008; 149: 441-450.

27. Atkins WS, Edwards R, Kralj-Hans I, et al.: Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicenter randomized controlled trial. *Lancet* 2010; 375: 1624-1633.
28. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al.: Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008; 58:130-160.

