

政治大學法律科際整合研究所碩士論文

我國到院前緊急救護之現況與各階段  
法律責任之探討

Pre-hospital Emergency Care in Taiwan and  
Associated Legal Liability

指導教授：黃立 博士、詹鎮榮 博士

研究生：謝明儒

中華民國九十九年十一月

## 摘要

緊急醫療救護法自從民國 84 年 8 月 9 日公布迄今，已歷經四次修正，最後一次修正為民國 96 年 7 月。公布後迄今的十多年間，緊急醫療救護之環境丕變，從原本消防局救護人員擔任從家裡送到醫院，單純的「運送」角色，然後轉交於醫院醫護人員為急診醫療處置的情況，驟然變成了由指導醫師教育、訓練、督導、考核之下，得由救護技術員於現場實行不等的醫療救護行為，有問題時得詢問線上醫療指導醫師。除此之外，在需救護車送到醫院情況下，民眾現在得自由選擇民間救護車機構或是消防局救護車。換句話說，緊急救護場景即從原本的三角當事人關係，演變成了複雜五角甚至六角當事人關係。當事人間的權利義務關係為何？查詢最近的論文，多為醫師與病患間醫療行為的刑事與民事關係，卻鮮少論及到院前救護時，地方政府、救護技術員、醫療指導醫師與緊急傷病患間之權利義務關係。

本論文之研究目的，就在於了解並釐清緊急救護系統內各當事人間之權利義務，待損害發生時可得適當之救濟途徑；並嘗試藉由美國與我國已有之到院前救護相關爭訟判決，來了解未來我國到院前救護可能發生之紛爭，進而提出改善建議，來達到預防爭訟之效果。本研究之範圍將限於緊急醫療系統中之到院前救護階段，著重於緊急傷病患之現場緊急救護及醫療處理，與送醫途中之緊急救護。而大量傷病患、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診與醫療機構內之緊急醫療，以及災難醫療救護部分則不在本論文之討論範圍內。

本文共分五章，分別為第一章緒論、第二章我國緊急醫療系統的介紹與現狀、第三章派遣與反應階段損害賠償責任之成立、第四章現場救護與送往醫院階段損害賠償責任之成立、第五章結論。

第一章為緒論，在於闡述本研究之動機與目的，與進行本研究之範圍及研究方法，最後作架構性的介紹與各章節的簡介，祈能使讀者對本論文架構有一初步的認識。

第二章首先對於緊急醫療救護的定義與目的作一概要之介紹，再來介紹我國現行到院前緊急救護系統中各個當事人於現行法規規定下所扮演的身分、角色與工作內容。之後對於我國到院前緊急醫療系統資源現況、缺失與運作流程作一清楚之描述。

第三章首先介紹到院前救護損害賠償責任之態樣，分「國家賠償責任」與「民法損害賠償責任」兩種為說明。本文認為「救災救護指揮中心啟動之到院前救護」為具公法性質之行政事實行為，因而如該當國家賠償之要件時，自有國家賠償請

求權。而「非救災救護指揮中心啟動之到院前救護」則為民法之範疇，並將之類型化可分為「民眾直接聯絡民間救護車營業機構」、「負保護義務之人聯絡簽約之救護車設置機構」及「救護車設置機構自行啟動」三種類型，並對其中當事人間之法律關係作一描述與釐清相對之權利義務。

再來論及緊急救護中借名醫療院所的連帶責任，並搜集學說與實務判決以了解目前通說與實務之見解。隨後介紹派遣與反應階段可能發生的問題，及美國與我國之實務判決。

第四章介紹現場救護階段與送往醫院階段所可能發生的法律問題。首先釐清救護技術員執行緊急醫療救護是否違反醫師法之密醫罪。接著探討現場救護人員之注意義務標準與共同侵權責任判定之實務見解。再來討論線上醫療指導制度所可能引發之問題與解決方案。另外亦分析如非緊急醫療系統的醫師於救護現場時可能發生的情況與相關問題。之後對於現場救護時所可能遭遇的說明義務履行困境及相關建議。本章的最後，則再探討送往醫院的路程中可能發生的問題，包括送往醫院的決定者為誰，與救護車發生車禍時，對於緊急情況判定的法院見解與本文建議。

第五章為結論。

# 目錄

第一章 緒論 .....	1
第一節 研究動機與目的 .....	1
第二節 研究方法與範圍 .....	2
第三節 論文架構與簡要內容 .....	3
第二章 我國緊急醫療系統的介紹與現狀 .....	4
第一節 緊急醫療救護簡介 .....	4
第一項 緊急醫療救護 .....	4
第一款 定義 .....	4
第二款 目的 .....	4
第三款 緊急醫療與災難醫療之異同 .....	4
第四款 消防機關與緊急醫療救護 .....	5
第一目 內政部消防署的成立 .....	5
第二目 納入消防體系的理由 .....	6
第二項 緊急醫療救護之關係人 .....	7
第二款 區域緊急醫療應變中心 .....	7
第三款 直轄市、縣（市）政府 .....	8
第四款 直轄市、縣（市）政府救災救護指揮中心 .....	8
第五款 直轄市、縣（市）政府救護隊或消防分隊 .....	9
第七款 鳳凰志工 .....	10
第八款 醫療指導醫師 .....	10
第九款 民間救護車公司 .....	12
第十款 醫院 .....	12
第二節 我國緊急醫療救護系統之現狀 .....	13
第一項 緊急醫療救護資源 .....	13
第二項 緊急醫療救護之缺失 .....	14
一、人力不足且未能專責救護 .....	14
二、教育經費不足 .....	15
三、派遣層級均視為危急狀態 .....	15
四、運輸目的地非「最適當急救責任醫院」 .....	15
五、醫療指導未能全面實施 .....	16
六、民眾濫用救護車 .....	16
第三項 救災救護指揮中心派遣啟動之救護流程（台北縣市） .....	16
第三章 派遣與反應階段損害賠償責任之成立 .....	24

第一節 損害賠償責任之態樣	24
第一項 國家賠償責任	24
第一款 行政事實行為	24
第二款 到院前救護為具公法性質之行政事實行為	25
第二項 民法損害賠償責任	26
第一款 民眾直接聯絡民間救護車營業機構	27
第二款 負保護義務之人聯絡簽約之救護車設置機構	30
第一目 負保護義務之人為私人	30
第二目 負保護義務之人非為私人	32
第三款 救護車設置機構自行啟動	32
第一目 對緊急傷病患無保護義務	32
第二目 對緊急傷病患有保護義務	34
第四款 借名醫療院所之連帶責任	34
第一目 僱用人負連帶責任之要件	34
第二目 借名醫療院所之相關爭訟	36
第三目 救護車借名登記是否為靠行之案件	38
第二節 派遣階段	43
第一項 派遣階段之任務	43
第二項 美國之派遣爭訟案例	44
第三項 我國之派遣爭訟案例	44
第四項 評析	45
第三節 反應階段	47
一、救災救護指揮中心啟動之反應	47
二、非救災救護指揮中心啟動之反應	47
三、美國之反應爭訟案例	48
四、我國之反應爭訟案例	48
五、評析	50
<b>第四章 現場救護與送往醫院階段損害賠償責任之成立</b>	<b>52</b>
第一節 現場救護階段	52
第一項 緊急救護與醫療業務	52
第一款 醫療行為之定義	52
第二款 緊急救護屬醫療業務	53
第三款 救護技術員管理辦法不抵觸醫師法	55
第二項 現場的評估	57
第三項 救護人員共同侵權	60
第一款 救災救護指揮中心啟動之救護	60
第二款 非救災救護指揮中心啟動之救護	61

第四項 線上醫療指導制度 .....	64
第一款 線上醫療指導目前仍為違法 .....	64
第二款 線上醫療指導面對的問題 .....	66
第五項 非緊急醫療系統醫師於救護現場 .....	68
第二節 現場救護時之說明 .....	71
第一項 空跑 .....	71
第二項 「告知後同意法則」 .....	72
第三項 醫療決定能力之內涵 .....	73
第四項 美國醫療決定能力的標準 .....	76
第五項 我國關於醫療決定能力之見解 .....	77
第六項 「告知後同意法則」應用於到院前救護之困境 .....	80
一、說明人是否適用於救護技術員仍有疑義 .....	80
二、救護技術員著重於支持性的醫療處置而非診斷 .....	81
三、救護技術員僅初步評估決定能力 .....	82
四、「告知後同意法則」場景是否能適用於院外 .....	83
第七項 結語 .....	83
第三節 送往醫院階段 .....	84
第一項 緊急救護辦法與緊急醫療救護法 .....	84
第二項 送往醫院之選擇 .....	86
第一款 美國之爭訟案例 .....	86
第二款 我國之爭訟案例 .....	87
第三款 評析 .....	88
一、「即時強制」之要件 .....	89
二、「即時強制」之方法 .....	89
三、緊急醫療救護為「即時強制」的時機 .....	90
四、緊急救護屬「其他依法定職權所為之必要處置」 .....	93
第三項 救護車車禍 .....	93
第五章 結論 .....	97
參考文獻 .....	103

## 表列

表一、民國九十三年至九十七年各縣市每十萬人口消防人力分布 .....	19
表二、民國九十三年至九十七年各縣市每十萬人口消防機關救護車數 .....	20
表三、民國九十七年度台灣各縣市救護資源、救護數量分布 .....	21
表四、台北市政府消防局救護記錄表.....	22
表五、台北縣急重症病人院際間轉診標準作業程序與指定後送責任分區表 .....	23





# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與目的

緊急醫療救護法自從民國 84 年 8 月 9 日公佈迄今，已歷經四次修正。最後一次修正為民國 96 年 7 月，也是最大幅度的一次，其中重要的修正部分有救護車靠行及救護車營業機構跨縣市營業之加強管理、建立醫院緊急醫療處理能力分級制度來加強轉診的成效，及衛生署應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系（Emergency Operation Center, EOC）等，如此大幅度的修正主要是因應民國 94 年 1 月臺北市發生邱姓女童不當轉診，及民國 95 年 3 月臺中縣救護車司機靠行載送病患致死所突顯出來的問題。

另一方面，由於緊急醫療救護法通過後，賦予不同等級之救護技術員得施行不同的醫療救護項目，如高級救護技術員在預立醫囑下得施行注射或給藥、氣管插管、電擊去顫術及使用體外心律器等<sup>1</sup>，雖其施行之時機限於「緊急傷病或大量傷病患之現場、送醫途中，及抵達送醫目的醫療機構而醫護人員尚未處置前」三種情況下，然卻也將需醫護人員才能施行的醫療行為，擴展到了救護技術員上。

除此之外，民國 89 年 2 月緊急醫療救護法之修正公告，允許了民間救護車機構之設立。為了提高救護技術員之救護品質，民國 96 年修法新訂定直轄市、縣（市）消防主管機關應建立指導醫師制度來指導救護技術員（緊急醫療救護法第 25 條）外，因此線上醫療指導醫師制度也將加入緊急救護行業。由此可知近十年間，緊急醫療救護之環境丕變，從原本消防局救護人員擔任從家裡送到醫院，單純的「運送」角色，然後轉交於醫院醫護人員為急診醫療處置的情況，驟然變成了由指導醫師教育、訓練、督導、考核之下，得由救護技術員於現場實行不等的醫療救護行為，有問題時得詢問輪班的線上醫療指導醫師。除此之外，於需救護車送到醫院情況下，民眾現在得自由選擇民間救護車機構或是消防局救護車。換句話說，緊急救護場景即從原本的三角當事人關係，演變成了複雜五角甚至六角當事人關係。當事人間的權利義務關係為何？查詢最近的論文，多為醫師與病患間醫療行為的刑事與民事關係，卻鮮少論及到院前緊急救護時，地方政府、救護技術員、醫療指導醫師與緊急傷病患間的權利義務關係。

根據民國 93 年消防署官方的統計資料顯示，從 88 年到 93 年間平均救護件數每年成長 10%，到民國 93 年已達每日 6.7 次/十萬人，然而觀察緊急醫療系統

---

<sup>1</sup> 在本文中之「預立醫囑」係為事先訂定之醫療流程，與「生前遺囑」(Living Will)不同。「生前遺囑」係指在健康時或還沒有病到沒有能力表示意願時，即以書面立下自己願意要的醫療照顧。「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「預立不施行心肺復甦術意願書」及「預立醫療委任代理人委任書」皆屬「生前遺囑」之一種。因為國內有人亦將「Living Will」翻譯成「預立醫囑」，故先在此說明，以避免混淆。



著名的國家，如加拿大 2005 年的統計資料每日 28 次/十萬人，倫敦每日 19 次/十萬人<sup>2</sup>，暗示著仍有相當高的成長空間。台灣人口老化日趨嚴重，老年人數目日多，緊急醫療系統的使用勢必日益增多。因此，對於其間權利義務關係的釐清，有其重要性。國內之緊急救護案件糾紛，不勝枚舉，最近的一個例子，則發生在今年（民國 99 年）8 月中，高雄市一位 17 歲「小胖威利症」患者之母親打 119 電話請求緊急救護，先是消防局兩名救護人員抬不動該名 74 公斤的患者而請求增援，後來又違背患者母親之意思送至最近的國軍高雄總醫院。後來在患者母親要求下，再轉送兒子到長期診治的高雄長庚，但救護車司機竟然送錯醫院，最後歷經 2 小時 47 分鐘才轉送到長庚，後來該名患者死亡<sup>3</sup>。於此事件中，如能對於各當事人之權利義務關係有所認識，自能對問題的解決大有幫忙。

本論文之研究目的，就在於了解並釐清緊急救護系統內各當事人間之權利義務，待損害發生時可得適當之救濟途徑；並嘗試藉由美國與我國已有之到院前救護相關爭訟判決，來了解未來我國到院前救護可能發生之紛爭，進而提出改善方案建議，來達到預防爭訟之效果。

## 第二節 研究方法與範圍

本論文將以公法、侵權行為法與契約法角度出發，探討到院前救護可能發生的各種情況，配合緊急醫療救護專業思考模式，參酌收集美國與我國之相關學說與實務見解，以比較法與歸納法的方式，釐清各當事人間的法律關係，並論述民眾如受損害時相關之救濟，以作為緊急醫療工作者、法律研究與實務工作者之參考。

本論文之研究範圍將限於緊急醫療系統中之到院前救護階段，著重於緊急傷病患之現場緊急救護及醫療處理，與送醫途中之緊急救護。而大量傷病患、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診與醫療機構內之緊急醫療<sup>4</sup>，以及災難醫療救護部分則不在本論文之討論範圍內。

<sup>2</sup> 楊寶珠，台灣緊急醫療救護體系現況探討，陽明大學醫務管理研究所碩士論文，頁 57，2005 年。

<sup>3</sup> 送醫花 3 小時，小胖威利罕病兒喪命：母泣訴救護車「送錯醫院」擬聲請國賠，蘋果日報，2010 年 9 月 3 日，[http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art\\_id/32785641/IssueID/20100903](http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art_id/32785641/IssueID/20100903)，拜訪時間：2010 年 9 月 23 日。

<sup>4</sup> 緊急醫療救護法第 3 條規定：「本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：一、緊急傷病或大量傷病患之現場緊急救護及醫療處理。二、送醫途中之緊急救護。三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。四、醫療機構之緊急醫療。」

### 第三節 論文架構與簡要內容

本文共分五章，分別為第一章緒論、第二章我國緊急醫療系統的介紹與現狀、第三章派遣與反應階段損害賠償責任之成立、第四章現場救護與送往醫院階段損害賠償責任之成立、第五章結論。

第一章為緒論，在於闡述本研究之動機與目的，與進行本研究之範圍及研究方法，最後作架構性的介紹與各章節的簡介，祈能使讀者對本論文架構有一初步的認識。

第二章首先對於緊急醫療救護的定義與目的作一概要之介紹，再來介紹我國現行到院前緊急救護系統中各個當事人於現行法規規定下所扮演的身份、角色與工作內容。之後對於我國到院前緊急醫療系統資源現況、缺失與運作流程作一清楚之描述。

第三章首先介紹到院前救護損害賠償責任之態樣，分「國家賠償責任」與「民法損害賠償責任」兩種為說明。本文認為「救災救護指揮中心啟動之到院前救護」為具公法性質之行政事實行為，因而如該當國家賠償之要件時，自有國家賠償請求權。而「非救災救護指揮中心啟動之到院前救護」則為民法之範疇，並將之類型化可分為「民眾直接聯絡民間救護車營業機構」、「負保護義務之人聯絡簽約之救護車設置機構」及「救護車設置機構自行啟動」三種類型，並對其中當事人間之法律關係作一描述與釐清相對之權利義務。

再來論及緊急救護中借名醫療院所的連帶責任，並搜集學說與實務判決以了解目前通說與實務之見解。隨後介紹派遣與反應階段可能發生的問題，及美國與我國之實務判決。

第四章介紹現場救護階段與送往醫院階段所可能發生的法律問題。首先釐清救護技術員執行緊急醫療救護是否違反醫師法之密醫罪。接著探討現場救護人員之注意義務標準與共同侵權責任判定之實務見解。再來討論線上醫療指導制度所可能引發之問題與解決方案。另外亦分析如非緊急醫療系統的醫師於救護現場時可能發生的情況與相關問題。之後對於現場救護時所可能遭遇的說明義務履行困境及相關建議。本章的最後，則再探討送往醫院的路程中可能發生的問題，包括送往醫院的決定者為誰，與救護車發生車禍時，對於緊急情況判定的法院見解與本文建議。

第五章為結論。

## 第二章 我國緊急醫療系統的介紹與現狀

### 第一節 緊急醫療救護簡介

#### 第一項 緊急醫療救護

##### 第一款 定義

所謂緊急醫療救護 (Emergency Medical Services, EMS)，學者有謂，是當任何人有緊急的傷或病，只要打一通電話，就有專業人員於適當的時間內，將適當的病人送到適當的醫院，換言之，就是到院前的醫療照顧<sup>5</sup>。以目前之法規來看緊急醫療救護的定義，緊急醫療救護法第3條定義緊急醫療救護包括了下列事項：一、緊急傷病或大量傷病患之現場緊急救護及醫療處理。二、送醫途中之緊急救護。三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。四、醫療機構之緊急醫療。依消防法第24條第2項規定訂定之緊急救護辦法第3條第1款規定：「緊急救護：指緊急傷病患或大量傷病患之現場急救處理及送醫途中之救護<sup>6</sup>。」因此，綜合以上的定義，可將緊急醫療救護分為三大區塊：現場的緊急醫療救護與處置、送醫途中的醫療處置，與到達醫療機構時醫療人員所為的緊急醫療及轉診。

##### 第二款 目的

根據胡勝川教授之見解，緊急醫療救護具有以下的目的<sup>7</sup>：

- 一、提升到院前服務的品質。
- 二、提升心肺復甦術 (Cardiopulmonary Resuscitation) 之救活率。
- 三、減少因創傷導致的殘障。
- 四、減少因創傷導致的死亡及罹病率。
- 五、構成安全無漏的全民醫療網。
- 六、使民眾安居樂業，促進社會的安定。

##### 第三款 緊急醫療與災難醫療之異同

災難，根據 Gunn 等學者於西元 1990 年的定義，是在人類與其生態環境之間，因為自然或是人為的力量，造成巨大的衝擊，而使得這社區必須採取異於平常的作為，且需要外來的資源才能應付。而 William Rutherford 於西元 1991 年定義災難為：一個衝擊事件，而造成傷患的數目與治療所需的醫療資源有失衡的情

<sup>5</sup> 胡勝川，實用到院前緊急救護，頁 1，2006 年 9 月 3 版。

<sup>6</sup> 為何緊急醫療救護法與緊急救護辦法對於緊急醫療救護的定義有所不同，主要是在於兩法規所規範的人員範圍、緊急傷病患的定義有所不同而有差異，容後表述。

<sup>7</sup> 胡勝川，同註 5，頁 1。

形。由以上可知如果一個事件造成傷患的數目與治療所需的醫療資源有供需失衡的情形，即為災難<sup>8</sup>。但仍須強調的是，當緊急醫療系統同時要應付的病人數目增加，但是還沒有達到癱瘓的程度，這個程度的事件，可能會動用到一些備用的人員與資源，但是還沒有到達供需失衡的程度，此為大量傷患事件<sup>9</sup>（Mass Casualty Incident）。大量傷患事件發生時，因其供需仍未失衡，故仍屬緊急醫療救護之範疇，惟因其短時間需處理的病人增加，故須採取特別的流程，但其醫療處理的原則就如同處理一般的病人般，以最嚴重的病患通常還是得到最優先的處理。但於災難醫療救護中，依照供需失衡與否的差異，其所採取的醫療救護的步驟與順序即與一般緊急醫療救護與大量傷患事件有所不同，這時就必須使用資源管理的觀念，讓有限資源做最大的利用，不再是最嚴重的病患得到最優先的順序，而是考慮到這項醫療能夠使其獲益的程度，並且考慮需要花費的資源。輕傷的病患，固然不優先後送，嚴重而存活機會很小的傷患也一樣不優先，而只是給予心理支持、止痛與支持治療而已。對醫護人員而言，這是相當痛苦卻是不得已的決定<sup>10</sup>。

#### 第四款 消防機關與緊急醫療救護

##### 第一目 內政部消防署的成立

民國 79 年 10 月 18 日行政院第 2204 次院會中郝柏村院長指示內政部：「消防業務原則應自警察系統分出，請內政部研究，有無成立消防署必要及考慮將緊急救護納入消防體系。」院長指示之後，民國 83 年元月 17 日行政院邀集有關單位審查「內政部消防署計畫書」會議決議：消防應與警察分立，並先行設置「內政部消防署籌備處」，籌設消防署成立暨地方消防組織改制等相關事宜。民國 84 年元月 28 日總統以華總〔一〕義字第○六四二號令公布「內政部消防署組織條例」<sup>11</sup>。民國 84 年 3 月 1 日正式成立內政部消防署。之後，民國 84 至 89 年間，各地方政府陸續成立消防局。

<sup>8</sup> 王宗倫、張珩、陳輝財編著，災難醫學精要，頁 1，2005 年 10 月初版。

<sup>9</sup> 行政院衛生署頒訂之「衛生機關及醫療機構處理大量傷病患緊急醫療救護作業要點」第 2 條規定：「本要點所稱大量傷病患緊急醫療救護，系指單一事故、災害發生之傷病人數達十五人以上，或預判可能發生十五人以上傷病患之緊急醫療救護」。然而，單純依賴人數的判定是否為大量傷患迭遭學者批評，這項規定一來是沒有考慮特殊危害時運作流程的需求；二來是沒有考慮全國各地區的醫療資源狀況；三是沒有考慮病患的嚴重度。以目前台灣除了都會區以外的區域，大致上三名重傷或是病患人數總數超過十人的事件，就會需要特別的流程來處理，就需啟動大量傷患處理機制來做因應。詳見石富元，大量傷患事件的緊急救護與醫療之關鍵問題探討，台北區緊急醫療應變中心官網，[http://dmat.mc.ntu.edu.tw/eoc2008/modules/tad\\_book3/index.php](http://dmat.mc.ntu.edu.tw/eoc2008/modules/tad_book3/index.php)，拜訪時間：2010 年 6 月 18 日。

<sup>10</sup> 詳見石富元，災難情境之檢傷分類，北區國家級災難醫療救護隊基礎課程講義，2010 年 7 月。

<sup>11</sup> 組織沿革，內政部消防署全球資訊網，<http://www.nfa.gov.tw/Show.aspx?MID=9&UID=32&PID=9>，拜訪時間：2010 年 2 月 18 日。



民國 84 年 7 月 12 日立法院三讀修正通過消防法修正條文，並於同年 8 月 11 日公布實施，該次修法明定了消防機關之三大任務為「預防火災」、「搶救災害」及「緊急救護」<sup>12</sup>，自此正式將緊急救護明定為消防機關的業務。而消防主管機關，根據消防法第 3 條規定，在中央為內政部、在直轄市為直轄市政府、在縣（市）為縣（市）政府。災害防救之規劃及執行屬地方自治項目<sup>13</sup>，且消防法第 24 條第 1 項亦規定：「直轄市、縣（市）消防機關應依實際需要普遍設置救護隊；救護隊應配置救護車輛及救護人員，負責緊急救護業務。」故直轄市、縣（市）應依此法律規定，負其政策規劃及行政執行責任<sup>14</sup>。

## 第二目 納入消防體系的理由

為何將緊急救護納入消防體系而不納入醫療體系？主要在於完善的緊急救護工作需要全天候有人值勤、救護據點分佈廣、通訊網路密集建置，與紀律性管理等特性<sup>15</sup>。而消防機關勤務係以 24 小時待命出動，跟緊急救護所需要全天候有人值勤的需求相同；消防機關為救火救災爭取時效之便，消防據點本已網狀分布於轄區內，藉此期待能在短時間到達現場，在此條件下，每個消防據點配置救護車問題不大；但如納入醫療體系，緊急救護據點將重新建置，將耗費大量資源與人力；其次，消防機關為救火救災之需，早已建立有線、無線通訊網路，這是醫療體系所沒有的，而緊急救護的通訊正可以利用此早已建置的通訊網路；消防機關人員之工作係以任務為導向，屬於紀律性團體，平時與出勤即以半軍事化管理，和緊急救護同樣為任務導向的特性完全一致，不需大量調整人事管理。

除此之外，緊急救護有一大部分係為外傷病患的緊急救護，如火災或車禍之傷患，如救護與消防勤務之結合，在時間爭取與配合上，將更能使救護任務圓滿達成。例如於火災現場，消防人員可直接將傷患送至同一體系的救護車上直接送醫，不需再作兩種不同體系協調配合的溝通；於一般的救護車上並無破壞器材，而在車禍救護時，常有傷者被夾在車內無法脫困，這時可用消防車上的破壞器材使病人脫困，將使得脫困的時間大量節省，讓緊急救護工作更加圓滿。

基於以上的各項理由，緊急救護納入消防體系，較之納入醫療體系更為適合與方便，因此世界各國緊急救護皆由消防單位主導。

<sup>12</sup> 消防法第 1 條：「為預防火災、搶救災害及緊急救護，以維護公共安全，確保人民生命財產，特制定本法。」

<sup>13</sup> 地方制度法第 18 至第 20 條參照。

<sup>14</sup> 地方制度法第 2 條第 2 項：「自治事項：指地方自治團體依憲法或本法規定，得自為立法並執行，或法律規定應由該團體辦理之事務，而負其政策規劃及行政執行責任之事項。」

<sup>15</sup> 陳泰華，緊急醫療救護的法律專論，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，頁 6-7，1998 年。

## 第二項 緊急醫療救護之關係人

### 第一款 行政院衛生署與內政部（消防署）

根據緊急醫療救護法規定，中央之衛生主管機關為衛生署。衛生署的工作項目包括會同中央消防主管機關（內政部）劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫；對災害及戰爭之預防應變措施，應配合規劃辦理緊急醫療救護有關事項；得成立緊急醫療救護諮詢委員會；應委託醫療機構於各區域內組成區域緊急醫療應變中心；應將醫院緊急醫療業務及協助到院前緊急醫療業務納入醫院評鑑<sup>16</sup>。

內政部依緊急醫療救護法與消防法之規定，其工作項目包括會同中央衛生主管機關（衛生署）劃定緊急醫療救護區域，訂立全國緊急醫療救護計畫；應設救災救護指揮中心；會同中央目的事業主管機關訂立緊急救護之救護車輛、裝備、人力配置標準及緊急救護辦法；會同衛生署訂立醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法<sup>17</sup>。由上可知，衛生署與內政部（消防署）於緊急醫療系統中扮演了擬定計畫、監督與主管的角色<sup>18</sup>。

### 第二款 區域緊急醫療應變中心

行政院衛生署依照緊急醫療救護法第 5 條第 2 項、第 9 條之規定，委託醫療機構於各區域內組成區域緊急醫療應變中心（以下簡稱區域應變中心），目前已設立台北區、北區、中區、南區、高屏區與東區等六個。根據緊急醫療救護法第 9 條規定，區域應變中心，辦理下列業務：

- 一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。
- 二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。
- 三、建置區域內災害醫療資源之資料庫。
- 四、協助規劃災害有關緊急醫療事件之復健工作。
- 五、定期辦理年度重大災害有關緊急醫療之演練。
- 六、跨直轄市、縣（市）之災害發生時，協助中央衛生主管機關調度區域內緊急醫療資源，進行應變工作。
- 七、協助中央衛生主管機關指揮區域內急救責任醫院派遣相關人員，協助處理大量緊急傷病患。
- 八、其他有關區域緊急醫療災害應變事項。

<sup>16</sup> 參照緊急醫療救護法第 5、7、8、9、11 條。

<sup>17</sup> 參照緊急醫療救護法第 5 條、第 25 條第 2 項；消防法第 16 條、第 24 條第 2 項。

<sup>18</sup> 立法院於民國 99 年 7 月 13 日修正通過災害防救法將內政部消防署轉型為災害防救署。



以上可知區域緊急應變中心之功能，在平時是擬定發展災難緊急醫療的應變計畫、重大災害教育演練及推行各種減災措施，收集所屬區域內之醫療資源資訊；於重大災難或健康衝擊時，可因掌握醫療資源狀況，提供正確迅速醫療資訊，強化區域內對災難緊急醫療應變之協調功能，藉而提升各種重大健康衝擊時的醫療及救護品質。

### 第三款 直轄市、縣（市）政府

直轄市、縣（市）政府在緊急醫療救護中扮演了中心樞紐的角色。根據緊急醫療救護法的規定，其除了配合全國緊急醫療救護計畫，訂定緊急醫療救護實施方案，辦理緊急醫療救護業務外，並須對於災害及戰爭之預防應變措施，配合規劃辦理緊急醫療救護有關事項；並得成立緊急醫療救護諮詢委員會；對轄區內醫療機構之緊急醫療業務，應定期實施督導考核，負有監督的角色。

另外，其亦需成立救災救護指揮中心，且應依其轄區人口分佈、地理環境、交通及醫療設施狀況，劃分救護區，並由救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務；擬定緊急傷病患救護作業程序；應指定醫療指導醫師，建立醫療指導制度<sup>19</sup>。

### 第四款 直轄市、縣（市）政府救災救護指揮中心

直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，即是所謂的“119”，是民眾首先接觸緊急醫療救護系統的第一個單位，由救護人員（派遣員）二十四小時執勤<sup>20</sup>。其工作項目是處理下列緊急救護事項<sup>21</sup>：

- 一、建立緊急醫療救護資訊。
- 二、提供緊急傷病患送達醫療機構前之緊急傷病諮詢。
- 三、受理緊急醫療救護申請。
- 四、指揮救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護。
- 五、聯絡醫療機構接受緊急傷病患。
- 六、聯絡救護運輸工具之設置機關（構）執行緊急救護業務。
- 七、協調有關機關執行緊急救護業務。
- 八、遇緊急傷病或大量傷病患救護時，派遣當地救護車設置機關（構）之救護車及救護人員出勤，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。

<sup>19</sup> 參照緊急醫療救護法第 6、7、10、11、13、25 條。

<sup>20</sup> 舉台北縣救災救護指揮中心來說，於同時段就有五線 119 供民眾撥打，因此有五個派遣員負責接聽電話，同時段亦有一個護理師值班作後援，當派遣員有難以決定的問題出現時，如較高深的醫療問題，就會請護理師來接聽電話作決定。

<sup>21</sup> 參照緊急醫療救護法第 12 條。

由以上可知，派遣員的職責是給予報案者必要的協助：在電話中確定場地安全以幫助傷病患、報案人及在場協助者評估是否遠離現場；持續地告訴救護技術員現場的狀況以助其準備，並協助其快速找到現場；整合到院前救護系統以及其他系統，如責任醫院、特種救護隊等<sup>22</sup>。

### 第五款 直轄市、縣（市）政府救護隊或消防分隊

根據緊急醫療救護法第 13 條規定：「直轄市、縣（市）消防主管機關應依其轄區人口分佈、地理環境、交通及醫療設施狀況，劃分救護區，並由救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務。」次條亦規定救護隊或消防分隊，每隊至少應配置救護車一輛及救護人員七名，其中專職人員不得少於半數，明定了每個救護隊或消防分隊的車輛數目與救護人員的最低標準。緊急醫療救護法亦規定其施行緊急救護僅限於緊急傷病或大量傷病患之現場、送醫或轉診途中、抵達送醫目的醫療機構而醫護人員尚未處置前，且其應依直轄市、縣（市）政府擬定的緊急傷病患救護作業程序，施行救護；救護後並需填具救護紀錄表，分別交由該救護車設置機關（構）及應診之醫療機構保存至少七年<sup>23</sup>。

救護車於救護傷病患及運送病人時，應有救護人員二名以上出勤；加護救護車出勤之救護人員，至少應有一名為醫師、護理人員或中級以上救護技術員<sup>24</sup>。

可實施緊急救護的項目，端賴該救護技術員目前接受過訓練的等級為初級、中級或高級救護技術員訓練，是否取得該等級之證書。根據救護技術員管理辦法第 9 到第 11 條之規定可知：

一、初級救護員得施行之救護項目：

- 1、檢傷分類及傷病檢視。
- 2、病患生命徵象評估、血氧濃度監測。
- 3、基本心肺復甦術及清除呼吸道異物。
- 4、使用口咽、鼻咽人工呼吸道。
- 5、給予氧氣。
- 6、止血、包紮。
- 7、病患姿勢選定及體溫維持。
- 8、骨折固定。
- 9、現場傷患救出及搬運。
- 10、送醫照護。
- 11、急產接生。

<sup>22</sup> 台北市政府消防局緊急醫療救護派遣手冊，頁 12，2 版。

<sup>23</sup> 參照緊急醫療救護法第 13、14、24、26、27、29、34 條。

<sup>24</sup> 參照緊急醫療救護法第 18 條。

- 12、心理支持。
- 13、使用自動心臟電擊器。

二、中級救護員得施行之救護項目如下：

- 1、初級救護員得施行之救護項目。
- 2、血糖監測。
- 3、灌洗眼睛。
- 4、給予口服葡萄糖。
- 5、周邊血管路徑之設置及維持。
- 6、給予葡萄糖（水）、乳酸林格氏液或生理食鹽水。
- 7、使用喉罩呼吸道。
- 8、協助使用吸入支氣管擴張劑或硝化甘油舌下含片。

三、高級救護員得施行之救護項目如下：

- 1、中級救護員得施行之救護項目。
- 2、依預立醫療流程執行注射或給藥、施行氣管插管、電擊術及使用體外心律器。

#### **第六款 義勇消防組織（義消）**

消防法第 28 條規定直轄市、縣（市）政府得編組義勇消防組織，協助消防、緊急救護工作<sup>25</sup>。因此當人力短缺、分布不均，亦或因大量傷患需額外人力的情形下，義勇消防人員便會協助公職消防人員或公職救護技術員進行緊急救護工作。絕大多數的義消人員均接受了初級或中級救護技術員的訓練並取得證書。

#### **第七款 鳳凰志工**

鳳凰志工為參與消防署「鳳凰計畫」的不支薪、不協助滅火而專門協助緊急救護工作的志工，平時排班協助公職消防人員或公職救護技術員進行緊急救護工作。絕大多數的鳳凰志工亦具有初級或中級救護技術員的證書。

#### **第八款 醫療指導醫師**

因消防人員（救護技術員）原本並非醫療人員，而緊急救護的一部分屬於醫療行為，勢必須有專業的醫療人員來負責品質確保的工作，以維護國人健康。因

---

<sup>25</sup> 消防法第 28 條：「直轄市、縣（市）政府，得編組義勇消防組織，協助消防、緊急救護工作；其編組、訓練、演習、服勤辦法，由中央主管機關定之。前項義勇消防組織所需裝備器材之經費，由中央主管機關補助之。」

此緊急醫療救護法仿照了外國的制度，於該法中規定了直轄市、縣（市）消防主管機關應指定醫療指導醫師<sup>26</sup>，建立醫療指導制度。醫療指導醫師的工作項目如下<sup>27</sup>：

- 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。
- 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。
- 三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。

醫療指導的形式，於國外主要可分為平時的醫療指導與即時的醫療指導（線上醫療指導）：

#### 一、平時的醫療指導

- 1、制定到院前緊急醫療救護的標準作業流程。
- 2、評估救護技術員接受初訓與複訓課程之成效。
- 3、回溯性評估每個病患接受之緊急醫療流程符合標準程序。
- 4、訂立回溯性評估施行成效之方法，包含病患滿意度、預後、接手治療醫師的意見，以確保施行品質，並每月提出檢討報告。
- 5、對於區內的救護車派遣、災難應變計畫、危害物質事故處理計畫等提供專業意見。
- 6、規劃醫療指導醫師之即時醫療指導方式及評估即時醫療指導之品質。

#### 二、即時的醫療指導（線上醫療指導）

- 1、依據已制定的醫療指導原則及標準作業流程進行。
- 2、由醫師藉由無線電通訊、電話或至現場提供高級救護技術員醫療指示。
- 3、由醫療指導醫師負責訂立實施方法及監督品質。

在其他先進國家如美國等，其民間救護車營業機構亦聘任醫療指導醫師，如救護技術員並無任何醫療指導醫師願意指導他，則該救護技術員就不能執行緊急救護業務。美國法院視救護技術員為其醫療指導醫師的醫療助手或其醫療的延伸者，也因此在此 County of Hennepin v. Hennepin County Association of Paramedics and Emergency Medical Technicians 判決中，州法院認為醫療指導醫師決定誰能在其醫師執照下執行救護業務是一個醫療決定，雇主或救護車機構不能夠強迫醫療指導醫師去接受一個他覺得不適任之救護技術員來執行救護業務<sup>28</sup>。而我國因目前醫療指導醫師仍在起步階段，故目前僅於地方政府所屬之消防機關建立醫療指導醫師制度，於民間仍未建立該制度，但如逐步推廣下去，醫療指導醫師制度於

<sup>26</sup> 醫療指導醫師實施辦法第 2 條第 1 項：「直轄市、縣（市）消防主管機關指定之醫療指導醫師（以下稱指導醫師），應具下列資格：一、領有急診醫學科專科醫師證書，並實際執行急診醫療工作者。二、經指導醫師訓練合格持有證明者。」

<sup>27</sup> 參照緊急醫療救護法第 25 條。

<sup>28</sup> County of Hennepin v. Hennepin County Association of Paramedics and Emergency Medical Technicians, 464 N.W.2d 578, 1990.



民間之全面建立應是未來趨勢及必要的工作。蓋惟有專業的醫療人員來負責醫療救護業務品質確保的工作，對於缺失加以檢討改進，才能精益求精以維護國人的健康與安全。

### 第九款 民間救護車公司

我國自民國 89 年 2 月緊急醫療救護法修法許可民間救護車公司設立，於同年 11 月公佈「民間救護車機構管理辦法」，於民國 97 年 9 月 5 日更改名稱為「救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法」，其規定設置救護車之機關（構）應置救護車管理人一人，而管理人應具下列資格之一：一、醫師或護理人員。二、高級救護技術員。三、有三年以上服務經驗之中級救護技術員。救護車營業機構之救護車數應達六輛以上，救護人員數應達十二人以上。

新的管理辦法也廢除了民間救護車機構原先之業務限制，從僅限於轉診病人之運送、非緊急醫療救護病人之運送、依救護指揮中心派遣運送病人、其他經衛生主管機關指派之救護相關工作，而變成無任何限制。換句話說，民間救護車公司已經可以執行之前所禁止的送病人到醫院的緊急救護業務。至民國 93 年底止，共有 39 家民間救護車公司成立<sup>29</sup>。

民間公司所屬之救護技術員，仍須遵守緊急醫療救護法對於救護車及救護技術員之相關規定，例如：救護車於救護傷病患及運送病人時，仍應與消防人員所執行之緊急救護相同，應有救護人員二名以上出勤；加護救護車出勤之救護人員，至少應有一名為醫師、護理人員或中級以上救護技術員<sup>30</sup>。同時亦須依救護技術員管理辦法第 9 到第 11 條之規定，依照該執行救護的救護技術員等級，來實行可實施之救護項目。

### 第十款 醫院

根據緊急醫療救護法第 36 條規定，醫院應建立緊急傷病患處理作業流程及內部協調指揮系統，遇有緊急傷病患時應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構或報請救災救護指揮中心協助。直轄市、縣（市）衛生主管機關應依轄區內醫院之緊急醫療設備及專長，指定急救責任醫院<sup>31</sup>。急救責任醫院應辦理下列事項：一、全天候提供緊急傷病患醫療照護。二、接受醫療機構間轉診之緊急傷病患。三、指派專責醫師指導救護人員執行緊急救護工作。

<sup>29</sup> 楊寶珠，同註 2，頁 19。

<sup>30</sup> 參照緊急醫療救護法第 18 條。

<sup>31</sup> 參照緊急醫療救護法第 37、39 條。

四、緊急醫療救護訓練。五、依中央衛生主管機關規定提供緊急醫療救護資訊。  
六、其他經衛生主管機關指派之緊急救護相關業務。

中央衛生主管機關應辦理醫院緊急醫療處理能力分級評定；醫院應依評定等級提供醫療服務，不得無故拖延。救災救護指揮中心必要時得派遣當地醫院救護車及救護人員出勤，醫院不得無故拒絕<sup>32</sup>。

由此可知，醫院負有緊急傷病患立即處理並依評定等級提供醫療服務，及如無能力處理需轉診至適當醫院的責任，且必要時須受救災救護指揮中心派遣出勤之義務。

## 第二節 我國緊急醫療救護系統之現狀

### 第一項 緊急醫療救護資源

雖然民國 97 年 9 月 5 日修訂之「救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法」已廢除了民間救護車機構之救護業務限制<sup>33</sup>，使民間救護車可不經救災救護指揮中心派遣而以私人契約方式參與到院前緊急救護及傷病患之運送業務，但由於目前直轄市、縣（市）政府救護隊或消防分隊的緊急醫療救護服務仍未收取費用<sup>34</sup>，致使一般民眾絕大多數仍使用 119 救護車之緊急救護服務。台灣之緊急醫療救護主要仍由消防人員擔任，因此台灣地區緊急醫療救護之人力，大致可經由消防人員之人數看出。依據內政部統計年報加以整理可看出，台灣地區 97 年之消防人力總數為 11,090 人，較民國 93 年之 9,331 人成長了 18.85%，考慮人口增長的因素，亦可發現民國 97 年台灣地區每十萬人口消防人力為 48.14 人，較民國 93 年之 41.13 人成長了 17%。整體之消防人力有增加之趨勢。以縣市來分別觀察，可發現民國 97 年每十萬人口消防人力最少之三縣市分別為台中縣、台北縣與彰化縣（見表一）。

而以隸屬消防機關救護車數來觀察，台灣地區 97 年救護車總數為 969 輛，較 93 年之 853 輛成長了 13.6%，加以考慮人口之因素，可知 97 年台灣地區每十

<sup>32</sup> 參照緊急醫療救護法第 38、40 條。

<sup>33</sup> 已廢除的民間救護車機構管理辦法第 2 條規定：「民間救護車機構之業務，以下列為限：一、轉診病人之運送。二、非緊急醫療救護病人之運送。三、依救護指揮中心派遣運送病人。四、其他經衛生主管機關指派之救護相關工作。」

<sup>34</sup> 緊急醫療救護法第 20 條：「救護車執行勤務，應依據所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關訂定之收費標準收費。」



萬人口救護車數量為 4.21 輛，較民國 93 年之 3.76 輛成長了 12%。因此可知如同消防人力，救護車亦有增加之趨勢。以縣市來分別觀察，可發現民國 97 年每十萬人口救護車數量最少之三縣市分別為台北市、台中市與台北縣（見表二）。

之後再將緊急醫療救護之案件數列入考慮。台灣地區於民國 97 年之緊急醫療救護案件總數為 752,823 件，每日每十萬人口案件數為 8.95 件，較民國 93 年之 7.42 件有增加之趨勢。民國 97 年台灣地區消防機關救護車每日出勤案件數與消防人力每日出勤案件數分別為 2.13 件與 0.37 件，較民國 93 年之 1.97 件與 0.36 件亦稍有增加（見表三）。

由以上之數據可得結論，儘管整體消防人力與救護車均有增加，但由於緊急醫療救護案件總數的增加，造成平均每位消防人力與每台救護車的使用度亦有增加之趨勢。然而此結果是否為台灣緊急醫療救護案件數過多所造成？根據 2005 年的統計資料顯示<sup>35</sup>，加拿大 BC 省每日每十萬人口出勤次數為 28 次，澳洲之新南威爾斯省為 28 次，倫敦為 19 次。故可知台灣之案件數與他國比較起來仍為較低，甚至不到三分之一。而觀察外國救護車每日出勤案件數與消防人力每日出勤案件數，加拿大 BC 省分別為 2.43 次與 0.69 次、澳洲之新南威爾斯省為 2.20 次與 1.08 次，與本國之 2.13 次與 0.37 次比較起來，似乎台灣地區之緊急醫療救護負擔並不大，然而事實並非如此。英美等國之消防人員所需負責之項目較少，故大部分時間均在隊待勤，而我國之消防人員除醫療救護外，尚需負責防災宣導、備勤、消防安全檢查、水源調查、搶救演練、值班、裝備器材保養、待命服勤八種消防勤務，故常有外派勤務，因此整體之緊急救護人力仍為不足，尚需義消與鳳凰志工支援緊急救護業務<sup>36</sup>。

## 第二項 緊急醫療救護之缺失

### 一、人力不足且未能專責救護

我國各縣市因受制於地方政府人事預算緊縮，以致消防人力員額編制多未補滿，導致我國消防隊員除了消防勤務，包括防災宣導、備勤、消防安全檢查、水源調查、搶救演練、值班、裝備器材保養、待命服勤八種之外，兼職從事緊急救護工作，因此工作時數長，多超時工作。救護經費大多不足，加上縣市首長不敢實施 119 救護車收費制度，因而影響救護車數量、裝備添購及耗材的補充<sup>37</sup>。因

<sup>35</sup> 引自楊寶珠，同註 2，頁 57。

<sup>36</sup> 吳明芳，消防分隊基層勤務之探討，載：提升消防及災害防救能力問題研討會論文集，2005 年版。

<sup>37</sup> 台北縣林口鄉有婦人墜樓竟久候不到救護車，凸顯救護車數量不足和調派問題，縣議員蔡淑君將邀集衛生局、消防局和林口長庚醫院協調，希望鄰近的長庚醫院能支援。林口缺救護車，議員盼長庚支援，自由時報電子報，2010 年 1 月 7 號，

為消防人力普遍不足，使得每次出勤多為兩人，僅達到最低標準，對於危急個案無法三人以上出勤或雙軌出勤，形成了與台北市明顯之城鄉差距。也因此於鄉村型之縣市，民眾有時並不請求 119 之救護車，而是請求民間救護車公司幫忙送到醫院。

## 二、教育經費不足

按照正常訓練方式，各縣市應定期辦理初級及中級救護技術員初、複訓及消防人員常訓，但部分鄉村型縣市因經費不足，甚至無經費辦理中級救護技術員之初訓。雖然中央藉由辦理緊急醫療救護教官及助教之訓練課程，以增加消防人員緊急救護之師資，期待其負責技術操作與流程演練之教育，但卻未定期辦理教官與助教之複訓，導致部分教官及助教未能隨時更新技術教導，且訓練出來的教官與助教之質量亦有城鄉差距。雖然學識課程部分多由醫師來負責，但部分醫師授課內容卻不符救護技術員之實務需求<sup>38</sup>。

## 三、派遣層級均視為危急狀態

對於民眾之報案，接受申請的派遣員對於每個個案均視為危急狀態，導致救護車濫用警鳴器及閃紅燈，也因此對救護車上的救護技術員及路人造成不必要之風險，容易導致車禍產生。根據一項統計指出<sup>39</sup>，消防機關救護車每 10 萬出勤次數中，90 年發生交通事故為 20 件、91 年為 34 件、92 年為 49 件、93 年為 74 件、94 年為 111 件，顯見消防機關救護車於執行緊急救護勤務時發生交通事故件數（或比例）有逐年攀升之趨勢，尤其 90 年與 94 年比較成長超過 5 倍，可知救護車車禍之問題越來越嚴重。於同一研究中，亦發現由出勤至現場的路程上發生車禍較從現場送病患到醫院的比例高，此為值得重視之問題。

## 四、運輸目的地非「最適當急救責任醫院」

為避免糾紛，救護車的後送醫院決定依據依序為「病人或家屬要求」、「依責任區」、之後才是「依病情需要」，因此如病人或家屬無特別要求要到某特定醫院，緊急救護之運輸目的地通常為「最近急救責任醫院」而不是「最適當急救責任醫院」，使得病人於初步處理之後，又須再作一次轉院的動作，可能耽誤傷病患之確定醫療（definitive care）。

---

<http://www.libertytimes.com.tw/2010/new/jan/7/today-north32.htm>，拜訪時間：2010 年 2 月 20 日。

<sup>38</sup> 鍾侑庭，當前台灣到院前緊急救護發展所面臨的問題與對策，載：緊急醫療系統醫療指導醫師教育訓練課程講義，2007 年 11 月版。

<sup>39</sup> 魏健利，消防機關救護車交通事故影響因素之研究，台北大學犯罪學研究所碩士論文，頁 34，2007 年。

## 五、醫療指導未能全面實施

目前並非所有直轄市、縣（市）皆有醫療指導制度，而無法對於救護品質進行更良好的管控。不過因緊急醫療救護法已規定直轄市、各縣市皆須建立醫療指導制度，在不久之將來這個缺憾應可弭平。

## 六、民眾濫用救護車

因 119 救護車並無實行收費制度，導致民眾濫用救護車之新聞屢見不鮮。從把救護車當搭乘到醫院的免費計程車使用、抓姦、吵架<sup>40</sup>、送狗就醫<sup>41</sup>，不勝枚舉，讓原本就捉襟見肘的救護資源，又更進一步受到衝擊。

## 第三項 救災救護指揮中心派遣啟動之救護流程（台北縣市）

當民眾自己或他人受有創傷或疾患，無法自行到醫院就醫，或是病情緊急時，民眾會自行撥打 119，此時便會轉接到所在地之救災救護指揮中心。救災救護指揮中心的派遣員根據緊急醫療救護派遣手冊的標準作業流程詢問傷病患之事發及所在地點、發生何事、傷病患的人數、年齡、性別、於何時發生、所在地點之周圍環境與明顯路標（簡稱地事人時物），接下來按照所獲得的主訴，根據派遣手冊中列出的派遣關鍵問題詢問，依據該關鍵問題的答案判斷所需要的是哪一級的派遣<sup>42</sup>，將患者所在位置輸入智慧型消防勤務輔助派遣系統內<sup>43</sup>，該電腦系統會根據所鍵入的地址排列出行車距離最近至最遠的消防救護分隊及目前各分隊仍可派遣的救護車有幾台，之後點選電腦指派距離最近有救護車的分隊。該電腦系統會直接連線至該選派分隊的列表機，列印出派遣令，並有自動電腦廣播系統，自動於該分隊的執勤中心作廣播播放，另外會再打電話至該分隊做雙重確認其已接獲派遣令<sup>44</sup>。送出派遣令後，派遣員便同

<sup>40</sup> 資源濫用／抓姦、吵架也叫救護車，聯合新聞網，2010 年 1 月 6 號，<http://www.udn.com/2010/1/6/NEWS/SOCIETY/SOC7/5348990.shtml>，拜訪時間：2010 年 2 月 20 日。

<sup>41</sup> 啥米！叫救護車送狗就醫，自由時報電子報，2010 年 12 月 3 號，<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/dec/3/today-so1.htm>，拜訪時間：2010 年 2 月 20 日。

<sup>42</sup> 一般派遣方式，分為 ABC 三級。A 級為派遣消防分隊出勤，其出勤速度為一般速度，亦即不必鳴笛。B 級為派遣消防分隊出勤，但應鳴笛，儘快到現場。C 級為緊急狀況，應該同時派遣高級救護技術員(EMT-P)或醫院醫護人員和一般救護人員(消防分隊)共同前往急症現場。台北市政府消防局緊急醫療救護派遣手冊，頁 12，2 版。

<sup>43</sup> 該智慧型消防勤務輔助派遣系統於台北市政府消防局官網有詳細介紹。台北市政府消防局官網，[http://www.tfd.gov.tw/cht/index.php?code=list&ids=32&menu\\_id=26](http://www.tfd.gov.tw/cht/index.php?code=list&ids=32&menu_id=26)，拜訪時間：2010 年 2 月 19 日。

<sup>44</sup> 如患者自行到消防分隊來請求幫忙，該分隊便會直接給予患者緊急救護，之後出動救護車將之送往醫院。同時該分隊並馬上打電話聯絡救災救護指揮中心，通報指揮中心該病人的資訊與將出動之救護車編號，而指揮中心利用電腦發出派遣令。



時根據手冊上的指示給予報案人線上指示，給予其急救建議。

有時遇到緊急傷病或大量傷病患救護時，如當地消防機關所屬之消防人員、救護員或其他救護資源不足時，救災救護指揮中心得派遣當地救護車設置機關（構）之救護車及救護人員出勤。

分隊之救護技術員接獲派遣令後立刻出勤前往事故現場，其於離開分隊、到達現場與離車準備進入現場、離開現場與到達醫院之時皆會用無線電通報指揮中心，並於離開現場前往醫院的路程上，向指揮中心通報目前傷病患的情況及與傷病患或家屬溝通的情況、基本生命徵象（意識、血壓/撓動脈是否摸的到、是否有呼吸/血氧濃度、血糖等），在現場給予的緊急救護項目，預定送往哪一家醫院。對於病況非常危急的傷病患（如重大創傷或是心肺停止的病患），派遣員會於此時以電話聯絡後送醫院，請醫院作接收緊急傷病患之準備。

如果傷病患或家屬沒有要求，則會送到最近適當醫院，但如果傷病患或家屬有特別指定醫院時，如無距離太遠且在責任區內，原則尊重傷病患或家屬的意思。但如距離較遠時，經勸說仍執意欲前往，如距離仍在責任區範圍內，目前依然尊重家屬的意思，送往其指定之醫院，就算該指定醫院已經通報救災救護指揮中心滿床但仍有其他未滿床且適合該傷病患病情的醫院可選擇，只要患者或家屬知道其指定之醫院滿床後仍執意前往，仍會將之送往。但如傷病患或家屬欲前往責任區以外的醫院，則會給予拒絕。如傷病患病情緊急時，而家屬要求送往較遠醫院，則會想辦法說服家屬，而送往最近醫院。

到達醫院後，和醫院急診室之護理人員交完班後，開始填寫救護紀錄表。填寫完後，請傷病患或家屬及護理人員核簽救護紀錄表（見表四）。之後收拾救護器具，返隊待命，於離開醫院時，亦會再通報指揮中心。

於篩檢後，病患會按照電腦篩檢系統五級檢傷分類決定就醫順序<sup>45</sup>，給予必要之醫療處置，處置後如有適合足夠的設備、人員及專長能力可收治該病人，則收治其住院接受進一步的治療。如無床位，經院內協調仍無床位可提供適切治療，急診醫師會先自行聯絡傷病患或家屬欲轉往之醫院，如傷病患或家屬選擇非後送的醫院，急診醫師就會告知其可能之風險，並記載於

<sup>45</sup> 將病患依照其病情輕重與急迫性，分為復甦急救、危急、緊急、次緊急、非緊急等 5 種等級，建議候診之時間分別為立即就診、10 分鐘、30 分鐘、60 分鐘、120 分鐘。參見新急診五級檢傷分類標準實施，讓緊急醫療資源妥善運用，行政院衛生署官網，[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=25&level\\_no=1&doc\\_no=74555&keyword=%e6%aa%a2%e5%82%b7](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=74555&keyword=%e6%aa%a2%e5%82%b7)，拜訪時間：2010 年 2 月 19 日。

病歷後，幫其聯絡。若急診醫師聯絡傷病患或家屬欲轉往之醫院卻發現其無法提供適切治療致無法轉診，則聯絡台北市政府災害應變中心（EOC）詢問哪一家醫院有空床位<sup>46</sup>，之後根據台北市政府 EOC 所給之資訊，依傷病患或家屬之選擇再打電話聯絡有空床可能可以提供適切治療的醫院。如詢問仍無床位，經傷病患或家屬同意後，可利用指定後送醫院機制直接強制預先指定之後送醫院接收緊急傷病患，而該指定之後送醫院不得拒絕接受其轉診<sup>47</sup>。如果傷病患或家屬一開始或後來欲轉往預先指定後送醫院時，則將轉診的原因與風險告知傷病患本人或其家屬，並記載於病歷後，直接連絡後送醫院而給予轉診（見表五）。

如傷病患或家屬選擇的醫院，經連絡後該醫院表示無法提供適切治療，但傷病患家屬仍堅持轉往，則該醫院無法拒絕，因此將傷病患轉往該醫院。但如傷病患所在醫院已是分級標準評定之最高等級後送醫院，此時儘管滿床，但傷病患本人或其家屬不同意轉診，則於急診繼續治療並等待床位。



<sup>46</sup> 台北市政府災害應變中心目前僅收集台北市各家醫院加護病房之資訊，但並非即時資訊，僅每 8 小時收集一次。

<sup>47</sup> 緊急傷病患轉診實施辦法第 4 條：「醫院辦理轉診，應先聯繫後送醫院。後送醫院不得拒絕接受其轉診。」

表一、民國九十三年至九十七年各縣市每十萬人口消防人力分布

	93年			94年			95年			96年			97年			五年成長率
	實際員額	人口	每十萬人口消防人力	實際員額	人口	每十萬人口消防人力	實際員額	人口	每十萬人口消防人力	實際員額	人口	每十萬人口消防人力	實際員額	人口	每十萬人口消防人力	
台灣地區	9,331	22,689,122	41.13	9,483	22,770,383	41.65	10,090	22,876,527	44.11	10,645	22,958,360	46.37	11,090	23,037,031	48.14	18.85
臺灣省	6,703	18,480,158	36.27	6,838	18,562,750	36.84	7,383	18,643,302	39.60	7,894	18,717,043	42.18	8,477	18,794,141	45.10	26.47
臺北市	901	3,708,099	24.30	923	3,736,677	24.70	1,105	3,767,095	29.33	1,159	3,798,015	30.52	1,298	3,833,730	33.86	44.06
宜蘭縣	144	462,286	31.15	156	461,586	33.80	180	460,426	39.09	202	460,902	43.88	212	460,902	46.00	47.22
桃園縣	671	1,853,029	36.21	678	1,880,316	36.06	768	1,911,161	40.18	859	1,934,968	44.39	865	1,958,686	44.16	28.91
新竹縣	239	467,246	51.15	257	477,677	53.80	273	487,692	55.98	300	495,821	60.51	307	503,273	61.00	28.45
苗栗縣	217	560,643	38.71	226	559,944	40.36	230	559,986	41.07	239	560,163	42.67	251	560,397	44.79	15.67
臺中縣	381	1,527,040	24.95	400	1,533,442	26.09	441	1,543,436	28.57	474	1,550,896	30.56	505	1,557,944	32.41	32.55
彰化縣	402	1,316,762	30.53	414	1,315,826	31.46	430	1,315,034	32.70	453	1,314,354	34.47	468	1,312,935	35.65	16.42
南投縣	277	538,413	51.45	283	537,168	52.68	318	535,205	59.42	329	533,717	61.64	350	531,753	65.82	26.35
雲林縣	305	736,772	41.40	312	733,330	42.55	326	728,490	44.75	334	725,672	46.03	340	723,674	46.98	11.48
嘉義縣	350	557,903	62.73	349	557,101	62.65	352	553,841	63.56	362	551,345	65.66	367	548,731	66.88	4.86
臺南縣	403	1,105,674	36.45	416	1,106,059	37.61	414	1,106,690	37.41	439	1,105,403	39.71	465	1,104,552	42.10	15.38
高雄縣	465	1,238,925	37.53	460	1,242,837	37.01	476	1,245,474	38.22	502	1,244,313	40.34	523	1,243,412	42.06	12.47
屏東縣	321	900,199	35.66	318	898,300	35.40	328	893,544	36.71	370	889,563	41.59	407	884,838	46.00	26.79
臺東縣	150	240,373	62.40	146	238,943	61.10	151	235,957	63.99	155	233,660	66.34	156	231,849	67.29	4.00
花蓮縣	137	349,149	39.24	142	347,298	40.89	149	345,303	43.15	195	343,302	56.80	219	341,433	64.14	59.85
澎湖縣	159	91,808	173.19	156	92,489	168.67	158	91,785	172.14	158	92,390	171.01	157	93,308	168.26	-1.26
基隆市	185	392,337	47.15	179	391,727	45.70	193	390,633	49.41	200	390,397	51.23	204	388,979	52.44	10.27
新竹市	181	386,950	46.78	185	390,692	47.35	199	394,757	50.41	211	399,035	52.88	220	405,371	54.27	21.55
臺中市	339	1,021,292	33.19	344	1,032,778	33.31	379	1,044,392	36.29	417	1,055,898	39.49	438	1,066,128	41.08	29.20
嘉義市	192	270,341	71.02	196	271,701	72.14	198	272,364	72.70	203	273,075	74.34	208	273,793	75.97	8.33
臺南市	284	754,917	37.62	298	756,859	39.37	315	760,037	41.45	333	764,658	43.55	347	768,453	45.16	22.18
臺北市	1,481	2,622,472	56.47	1,467	2,616,375	56.07	1,484	2,632,342	56.38	1,514	2,629,269	57.58	1,540	2,622,923	58.71	3.98
高雄市	623	1,512,677	41.19	648	1,510,649	42.90	679	1,514,706	44.83	689	1,520,555	45.31	686	1,525,642	44.96	10.11
福建省	75	73,815	101.61	77	80,609	95.52	92	86,277	106.63	95	91,493	103.83	96	94,325	101.78	28.00
金門縣	54	64,456	83.78	56	70,264	79.70	68	76,491	88.90	70	81,547	85.84	71	84,570	83.95	31.48
浙江省	21	9,359	224.38	21	10,345	203.00	24	9,786	245.25	25	9,946	251.36	25	9,755	256.28	19.05
消防署所屬	449			453			452			453			461			
消防署	281			284			281			282			291			
基隆港	39			41			42			41			40			
臺中港	32			32			33			34			34			
高雄港	63			62			63			62			62			
花蓮港	34			34			33			34			34			
空勤隊	-			-			-			-			-			



表二、民國九十三至九十七年各縣市每十萬人口消防機關救護車數

	93年			94年			95年			96年			97年		
	救護車數	人口	每十萬人口消防機關救護車	救護車數	人口	每十萬人口消防機關救護車	救護車數	人口	每十萬人口消防機關救護車	救護車數	人口	每十萬人口消防機關救護車	救護車數	人口	每十萬人口消防機關救護車
台灣地區	853	22,689,122	3.76	888	22,770,383	3.89	918	22,876,527	4.01	973	22,958,360	4.24	969	23,037,031	4.21
臺灣省	680	18,480,158	3.68	712	18,562,750	3.84	759	18,643,302	4.07	803	18,717,043	4.29	801	18,794,141	4.26
臺北縣	109	3,708,099	2.94	115	3,736,677	3.08	140	3,767,095	3.72	156	3,798,015	4.11	119	3,833,730	3.10
宜蘭縣	18	462,286	3.89	19	461,886	4.12	19	460,426	4.13	24	460,398	5.21	22	460,902	4.77
桃園縣	70	1,853,029	3.78	76	1,880,316	4.04	83	1,911,161	4.34	85	1,934,968	4.39	93	1,958,686	4.75
新竹縣	25	467,246	5.35	28	477,677	5.86	29	487,692	5.95	34	495,831	6.86	35	503,273	6.95
苗栗縣	22	560,643	3.92	22	559,944	3.93	24	559,986	4.29	24	560,163	4.28	27	560,397	4.82
臺中縣	48	1,527,040	3.14	47	1,533,442	3.07	53	1,543,436	3.43	52	1,550,896	3.35	55	1,557,944	3.53
彰化縣	47	1,316,762	3.57	49	1,315,826	3.72	51	1,315,034	3.88	53	1,314,354	4.03	55	1,312,935	4.19
南投縣	19	538,413	3.53	19	537,168	3.54	25	535,205	4.67	25	533,717	4.68	26	531,753	4.89
雲林縣	24	736,772	3.26	26	733,330	3.55	25	728,490	3.43	28	725,672	3.86	28	723,674	3.87
嘉義縣	23	557,903	4.12	28	557,101	5.03	29	553,841	5.24	32	551,345	5.80	30	548,731	5.47
臺南縣	38	1,105,674	3.44	38	1,106,059	3.44	38	1,106,690	3.43	40	1,105,403	3.62	51	1,104,552	4.62
高雄縣	51	1,238,925	4.12	53	1,242,837	4.26	55	1,245,474	4.42	52	1,244,313	4.18	59	1,243,412	4.75
屏東縣	38	900,199	4.22	39	898,300	4.34	36	893,544	4.03	36	889,563	4.05	41	884,838	4.63
臺東縣	16	240,373	6.66	18	238,943	7.53	22	235,957	9.32	23	233,660	9.84	21	231,849	9.06
花蓮縣	26	349,149	7.45	25	347,298	7.20	19	345,303	5.50	19	343,302	5.53	19	341,433	5.56
澎湖縣	13	91,808	14.16	14	92,489	15.14	13	91,785	14.16	14	92,390	15.15	16	93,308	17.15
基隆市	17	392,337	4.33	17	391,727	4.34	17	390,633	4.35	18	390,397	4.61	16	388,979	4.11
新竹市	14	386,950	3.62	16	390,692	4.10	15	394,757	3.80	17	399,035	4.26	16	405,371	3.95
臺中市	22	1,021,292	2.15	27	1,032,778	2.61	29	1,044,392	2.78	32	1,055,898	3.03	30	1,066,128	2.81
嘉義市	13	270,341	4.81	13	271,701	4.78	14	272,364	5.14	13	273,075	4.76	13	273,793	4.75
臺南市	27	754,917	3.58	23	756,859	3.04	23	760,037	3.03	26	764,658	3.40	29	768,453	3.77
臺北市	71	2,622,472	2.71	70	2,616,375	2.68	77	2,632,242	2.93	76	2,639,269	2.89	72	2,622,923	2.75
高雄市	64	1,512,677	4.23	66	1,510,649	4.37	47	1,514,706	3.10	61	1,520,555	4.01	61	1,525,642	4.00
福建省	18	73,815	24.39	17	80,609	21.09	17	86,277	19.70	17	91,493	18.38	18	94,325	19.08
金門縣	8	64,456	12.41	10	70,264	14.23	10	76,491	13.07	10	81,547	12.26	10	84,570	11.82
連江縣	10	9,359	106.85	7	10,345	67.67	7	9,786	71.53	7	9,946	70.38	8	9,755	82.01
澎湖縣	20			20			18			16			17		
基隆港	5			5			5			4			5		
臺中港	6			6			4			4			4		
高雄港	7			7			7			7			7		
花蓮港	2			2			2			1			1		
空測隊	-			-			-			-			-		

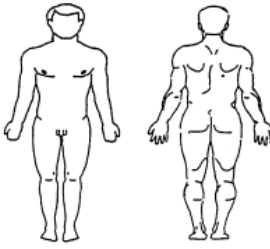
表三、民國九十七年度台灣各縣市救護資源、救護數量分布

97年度台灣各縣市救護資源、救護數量分布					
	每十萬人 口消防機 關救護車 力	每十萬人 口消防人 員	每日每十 萬人口案 件數	消防機關 救護車每 日出勤案 件數	消防人力 每日出勤 案件數
台灣地區	4.21	48.14	8.95	2.13	0.37
臺灣省	4.26	45.10	8.66	2.03	0.38
臺北縣	3.10	33.86	8.45	2.72	0.50
宜蘭縣	4.77	46.00	10.16	2.13	0.44
桃園縣	4.75	44.16	7.84	1.65	0.35
新竹縣	6.95	61.00	7.40	1.06	0.24
苗栗縣	4.82	44.79	7.20	1.50	0.32
臺中縣	3.53	32.41	7.93	2.25	0.49
彰化縣	4.19	35.65	8.33	1.99	0.47
南投縣	4.89	65.82	8.31	1.70	0.25
雲林縣	3.87	46.98	7.26	1.88	0.31
嘉義縣	5.47	66.88	8.35	1.53	0.25
臺南縣	4.62	42.10	8.81	1.91	0.42
高雄縣	4.75	42.06	9.04	1.90	0.43
屏東縣	4.63	46.00	8.50	1.83	0.37
臺東縣	9.06	67.29	13.51	1.49	0.40
花蓮縣	5.56	64.14	12.42	2.23	0.39
澎湖縣	17.15	168.26	9.98	0.58	0.12
基隆市	4.11	52.44	8.22	2.00	0.31
新竹市	3.95	54.27	10.29	2.61	0.38
臺中市	2.81	41.08	9.94	3.53	0.48
嘉義市	4.75	75.97	10.80	2.28	0.28
臺南市	3.77	45.16	9.60	2.54	0.43
臺北市	2.75	58.71	10.64	3.88	0.36
高雄市	4.00	44.96	9.70	2.43	0.43
福建省	19.08	101.78	5.68	0.30	0.11
金門縣	11.82	83.95	5.88	0.50	0.14
連江縣	82.01	256.28	4.02	0.05	0.03
消防署所屬					
基隆港					
臺中港					
高雄港					
花蓮港					
空消隊					

地區	總案件數	每日案件 數	人口數	每日每十 萬人口案 件數
台灣地區	752823	2062.529	23,037,031	8.95
臺灣省	594297	1628.211	18,794,141	8.66
臺北縣	118227	323.9096	3,833,730	8.45
宜蘭縣	17088	46.81644	460,902	10.16
桃園縣	56029	153.5041	1,958,686	7.84
新竹縣	13601	37.26301	503,273	7.40
苗栗縣	14735	40.36986	560,397	7.20
臺中縣	45113	123.5973	1,557,944	7.93
彰化縣	39919	109.3671	1,312,935	8.33
南投縣	16122	44.16986	531,753	8.31
雲林縣	19189	52.5726	723,674	7.26
嘉義縣	16715	45.79452	548,731	8.35
臺南縣	35526	97.33151	1,104,552	8.81
高雄縣	41009	112.3534	1,243,412	9.04
屏東縣	27438	75.1726	884,838	8.50
臺東縣	11437	31.33425	231,849	13.51
花蓮縣	15473	42.39178	341,433	12.42
澎湖縣	3398	9.309589	93,308	9.98
基隆市	11664	31.95616	388,979	8.22
新竹市	15220	41.69863	405,371	10.29
臺中市	38678	105.9671	1,066,128	9.94
嘉義市	10797	29.58082	273,793	10.80
臺南市	26919	73.75068	768,453	9.60
臺北市	101855	279.0548	2,622,923	10.64
高雄市	54043	148.063	1,525,642	9.70
福建省	1957	5.361644	94,325	5.68
金門縣	1814	4.969863	84,570	5.88
連江縣	143	0.391781	9,755	4.02
消防署所屬	671	1.838356		
基隆港	225	0.616438		
臺中港	139	0.380822		
高雄港	281	0.769863		
花蓮港	26	0.071233		
空消隊				

表四、台北市政府消防局救護記錄表

**臺北市政府消防局救護紀錄表** 中級 高級 編號：

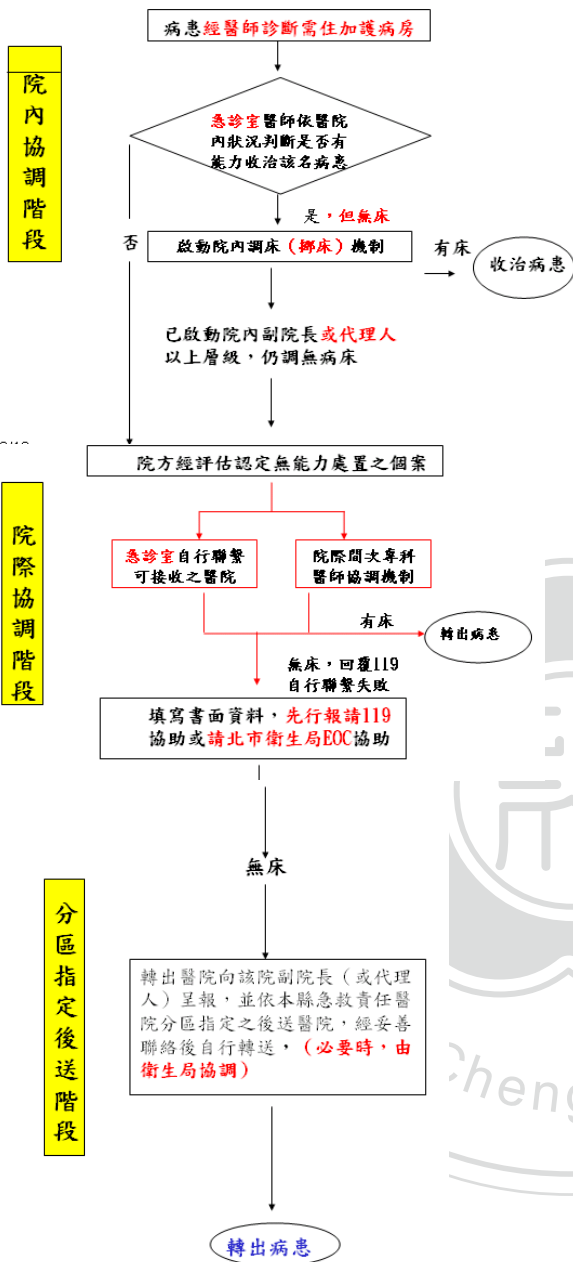
日期	年 月 日	出動單位	派遣等級	<input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> BLS	受案單位				
出動時間	到達現場時間	離開現場時間	送達醫院時間	離開醫院時間	返隊待命時間				
時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分				
發生地點			協同處理單位						
送往醫院或地點			<input type="checkbox"/> 指揮中心 <input type="checkbox"/> 病情需要 <input type="checkbox"/> 未送醫 <input type="checkbox"/> 未發現 <input type="checkbox"/> 謊報 <input type="checkbox"/> 中途取消 <input type="checkbox"/> 出勤待命 <input type="checkbox"/> 依責任區 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求 <input type="checkbox"/> 原 因 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 拒送 <input type="checkbox"/> 勤區處理 <input type="checkbox"/> 死亡						
病患姓名	身份證字號	年齡	性別	場所類型					
住 址	市 鎮 鄉 區 村 里	路(街) 段 巷 弄 號 樓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 運動/休閒 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 公共建築物 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 教育/學校 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不清楚					
到院前心肺停止			<input type="checkbox"/> 有目擊者 <input type="checkbox"/> 無目擊者 旁觀者CPR <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ROS C <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
求救原因病患主訴急救處置 (此欄可複選)									
創傷 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 穿透性外傷 <input type="checkbox"/> 刀傷 <input type="checkbox"/> 槍傷 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 墜落：高度 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 雷擊傷 <input type="checkbox"/> 切割傷 <input type="checkbox"/> 咬傷 <input type="checkbox"/> 摔跌傷 <input type="checkbox"/> 壓夾傷 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他		頭痛 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 暈厥 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸悶 <input type="checkbox"/> 背痛 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 咳血 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 黑便 <input type="checkbox"/> 發冷 <input type="checkbox"/> 抽搐癱瘓 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 肢體無力 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 陰道出血 <input type="checkbox"/> 短暫意識不清 <input type="checkbox"/> 其他		維持(暢通)呼吸道 <input type="checkbox"/> 咽呼吸 <input type="checkbox"/> 鼻呼吸 <input type="checkbox"/> 抽吸 <input type="checkbox"/> 鼻管 <input type="checkbox"/> 面罩 <input type="checkbox"/> 100%面罩 <input type="checkbox"/> BVM 流量 L/MIN <input type="checkbox"/> 霧化吸入型面罩 <input type="checkbox"/> 喉罩呼吸道 號 <input type="checkbox"/> 氣管插管 號 fix cm <input type="checkbox"/> CPR： 分鐘 <input type="checkbox"/> 哈姆立克法 <input type="checkbox"/> IV 注射：位置 內容 <input type="checkbox"/> 給糖： <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> AED 電擊 次 <input type="checkbox"/> 手動電擊 次 Joule <input type="checkbox"/> 經皮體外心臟節律器					
非創傷 <input type="checkbox"/> 呼吸道阻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急症 <input type="checkbox"/> 心血管急症 <input type="checkbox"/> 腹部急症 <input type="checkbox"/> 神經/腦血管急症 <input type="checkbox"/> 微笑測試異常 <input type="checkbox"/> 學腎測試異常 <input type="checkbox"/> 言語異常 <input type="checkbox"/> 藥物過量 <input type="checkbox"/> 生產 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 一氧化碳 <input type="checkbox"/> 其他		過去病史 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肺臟疾病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他		急救處置 <input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 止血、包紮 <input type="checkbox"/> 夾板固定：位置 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 短背板固定 <input type="checkbox"/> 鑄式擔架固定 <input type="checkbox"/> 協助脫困 <input type="checkbox"/> 脊椎固定(KED) <input type="checkbox"/> 協助生產 <input type="checkbox"/> 生理食鹽水沖洗 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 生命徵象監測 <input type="checkbox"/> 搬運 <input type="checkbox"/> 其他					
受傷(外傷)部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 肢體		過 敏 史 <input type="checkbox"/> 藥物 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不清楚或無		給 藥 時間 藥名 途徑/劑量 醫療/線上指導醫師核簽					
受 傷 ( 外 傷 ) 部 位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 肢體		危急個案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		補述： 					
交通事故人員車輛相關資料 姓名 身分證字號 機/汽車車號 車禍機轉			交通工具： <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 自行車 <input type="checkbox"/> 其他 傷者： <input type="checkbox"/> 駕駛 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 行人 戴安全帽？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 繫安全帶？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 氣囊彈開？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 車輛翻覆？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 人員受困？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 乘客位置？ <input type="checkbox"/> 右前 <input type="checkbox"/> 左後 <input type="checkbox"/> 右後						
生命徵象	時間	意識狀態	呼吸	脈搏	血壓	SpO <sub>2</sub>	血糖值	GCS	財物明細
		清聲痛否	次/分	次/分	mmHg	%	mg/dl	E_V_M	病人財物明細： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 保管人：
		清聲痛否	次/分	次/分	mmHg	%	mg/dl	E_V_M	
		清聲痛否	次/分	次/分	mmHg	%	mg/dl	E_V_M	(簽章)
簽名欄	救護人員簽名單(編號)		醫護人員簽印		拒絕送醫簽名		家屬或病人簽名		
	一、 (編號： )		檢傷分級： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級		<input type="checkbox"/> 拒絕醫療聲明： 本人聲明：救護人員已充分解釋病情與送醫之需要，但我 <input type="checkbox"/> 拒絕任何救護 <input type="checkbox"/> 拒絕送醫 簽名：		家屬或病患知指定送醫醫院，引 發送醫或急救爭議，與本局無關。		
	二、 (編號： )		時間： 時 分				聯絡電話：		
	三、 (編號： )								

第一聯：交診療醫院(紅色) 第二聯：送救災救護指揮中心(黃色) 第三聯：救護單位自存(白色)

注意事項：本表一式三份並應保存七年。(尺寸：21\*28.5cm) 97.03.2600 本  
 救護紀錄表 (D1) 910814 940223Revised 970521Revised

臺北縣急重症病人院際間轉診標準作業程序

臺北縣急救責任醫院指定後送責任分區表 98年1月5日修訂



急救責任醫院	後送中級急救責任醫院	後送重症急救責任醫院
瑞芳醫院	基長、署基、汐止國泰	北榮、台大
金山醫院	基長、署基、淡馬	北馬、台大
中英醫院	亞東、署北	台大、北馬
板橋中興醫院	亞東、署北	台大、北馬
新泰醫院	署北、亞東	台大、林口長庚
永耕醫院	新耕、慈濟	台大、北馬
樹林仁愛醫院	恩主公、亞東	台大、北馬
行政院衛生署雙和醫院	新耕、慈濟	台大、北馬
亞東醫院		台大、北榮
淡馬醫院		北馬、台大
新耕醫院		台大、北馬
署北醫院		台大、林口長庚
縣立醫院(三重院區)		台大、北馬
縣立醫院(板橋院區)		台大、林口長庚
恩主公醫院		台大、北馬
慈濟醫院		台大、北馬
汐止國泰醫院		北榮、北馬

表五、台北縣急重症病人院際間轉診標準作業程序與指定後送責任分區表  
 (本圖採自林慧芬, 急救責任醫院相關法規與實務探討, 2009 急救責任醫院標  
 竿學習研討會講義, 2009年12月12日)



### 第三章 派遣與反應階段損害賠償責任之成立

#### 第一節 損害賠償責任之態樣

##### 第一項 國家賠償責任

###### 第一款 行政事實行為

我國學者嘗試由消極或積極對行政概念尋求單一定義，然均有其缺點，因而有學者以特徵描述方式對行政加以定義<sup>48</sup>，或由結構、實質、功能等三方面<sup>49</sup>，對行政的涵義作說明。較好的解釋，近代的行政應理解為在法律之下並受法律的規制，以積極具體實現國家目的為目標而為之全體統一性、繼續性所形成之國家活動<sup>50</sup>。

行政事實行為，係指公行政一切並非以發生法律效果為目的，而以發生事實效果為目的之行政措施。行政事實行為不具規制內容，亦無拘束力。但是行政事實行為僅該行為之目的並非要發生法律效果，而並非全無法律效果，如配合一定之狀況，仍可能間接產生法律效果。如違法之事實行為仍可以產生防禦請求權或損害賠償請求權<sup>51</sup>。

行政事實行為的態樣繁多，依目前通說主要分成以下數種<sup>52</sup>：

- 一、內部行為：行政機關相互間或行政機關內部單位間意見之交換、文書之往來；或有隸屬關係之公務員簽呈或指示等均屬之。
- 二、認知表示：所謂認知表示乃有別於意思表示，亦可稱之為通知行為，觀念通知即屬此類。
- 三、實施行為：通常指實施行政處分或行政計畫之行為。
- 四、事實行為：則係一切認知表示與實施行為以外的其他行政事實行為。如駕駛公務車、施打預防針、捕捉野狗等等<sup>53</sup>。

就公行政所為之事實行為，應判斷其為公法或私法的性質，在有違法侵害人民自由權利之情事時，依其性質之不同，循不同途徑給予救濟。事實行為如具公法性質時，依照憲法第 24 條及國家賠償法第 2 條第 2 項，國家需負國家賠償責任，或成立徵收或類似徵收干涉之請求權；如係私法性質，僅能依私法規定，請求損害賠償或損失補償。

<sup>48</sup> 翁岳生，行政法上冊，頁 11 以下，1998 年 3 月初版。

<sup>49</sup> 吳庚，行政法之理論與實用，頁 7 以下，2008 年 9 月增訂 10 版。

<sup>50</sup> 塩野宏，行政法 I，頁 2，1997 年 1 月 2 版。轉引自蔡慶星，論消防行政不作為之國家賠償責任，中央警察大學法律研究所碩士論文，頁 7，2002 年。

<sup>51</sup> 陳敏，行政法總論，頁 617，2007 年 10 月 5 版。

<sup>52</sup> 吳庚，同註 49，頁 466。

<sup>53</sup> 陳敏，同註 51，頁 618。

如要判斷事實行為為公法或私法的性質，首先應探求該事實行為所應歸屬適用之法規，如該法為公法，則該事實行為具有公法之性質。行政事實行為，如係用以實現一法規對人民設定之法律效果，則將該事實行為歸屬於該法規，並依該法規為公法或私法，從而認定事實行為之性質，應無困難。然而，如僅根據事務分配或管轄規定為事實行為，雖在於執行公務，但由於公行政亦得以私法方式執行公務，故尚不足以論斷為公法之性質，然而公行政通常亦以公法方式實現公法指示之事務，故公行政用以實行公法規定的事實行為，如未顯示係以私法作成之意思者，則可認定為公法之性質。

作成事實行為之行政機關應具有管轄權，法律規定有一定之程式者，應依其程式，如干涉人民之權利，並應有法律之授權以及符合比例原則<sup>54</sup>。

## 第二款 到院前救護為具公法性質之行政事實行為

依消防法第 1 條第 1 項規定：「為預防火災、搶救災害及緊急救護，以維護公共安全，確保人民生命財產，特制定本法。」可知消防之目的在於實現維護公共安全與確保人民生命財產之國家行政目的，而以預防火災、搶救災害及緊急救護為手段達成。

救災救護指揮中心啟動之到院前救護並非以發生法律效果為目的，而以發生事實效果為目的的行政措施，且係用以實現消防法及緊急醫療救護法對人民設定之緊急救護義務之法律效果，應歸屬於該法規，因消防法及緊急醫療救護法皆具公法之性質，故救災救護指揮中心啟動之到院前救護為具公法性質之行政事實行為。因救災救護指揮中心啟動之到院前救護為具公法性質之行政事實行為，如救災救護指揮中心之人員執行職務時，因故意或過失不法侵害人民自由或權利，而致其行為成立憲法第 24 條及國家賠償法之國家賠償請求權要件時，得請求國家賠償。

直轄市、縣（市）政府救護隊或消防分隊之救護人員，為達成「維護公共安全」、「確保人民生命財產」之給付行政目的，而以緊急救護為手段實行，其亦為任職直轄市、縣（市）政府行政機關之行政公務人員。因此，其於執行職務行使公權力或執行具公法性質之救護行為時，因故意或過失不法侵害人民自由或權利者，亦有國家賠償法第 2 條第 2 項之國家賠償責任之適用。

<sup>54</sup> 雖強制措施需積極地有法律授權始得採取相關措施，但法理上允許另外情形存在，即符合正當防衛或緊急避難的條件時，行政機關雖無法律明文依據，亦得為強制措施的行為。見吳庚，同註 49，頁 472。

由於我國之消防人員除緊急救護外，尚需負責防災宣導、備勤、消防安全檢查、水源調查、搶救演練、值班、裝備器材保養、待命服勤八種消防勤務，故常有外派勤務，因此整體之緊急救護人力仍為不足，尚需義勇消防組織成員與鳳凰志工支援緊急救護業務<sup>55</sup>。義勇消防組織（義消）成員與鳳凰志工，雖非公務行政人員，但因直轄市、縣（市）政府將緊急救護之給付行政工作交由義消與鳳凰志工協助執行，其遵從行政機關的指示與指揮監督執行行政任務，其協助行為之性質為「行政助手」。行政助手係在行政機關執行特定行政任務時，受行政機關委託予以協助，並按其指示完成工作之自然人。行政助手的行為，亦歸屬於該行政機關。行政助手並無公權力，亦無自行決定的活動空間，並非獨立作成活動，亦不直接與第三人發生法律關係<sup>56</sup>。如公務員對於行政助手之選任及指揮監督有欠缺，致第三人因行政助手的行為受有損害時，即為公務員應負責的行為<sup>57</sup>。

緊急醫療救護法第 12 條第 8 款規定，直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心所處理的緊急救護事項中，「遇緊急傷病或大量傷病患救護時，派遣當地救護車設置機關（構）之救護車及救護人員出勤，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。」同法第 40 條規定：「遇緊急傷病或大量傷病患救護，或為協助其轉診服務，救災救護指揮中心得派遣當地醫院救護車及救護人員出勤，醫院不得無故拒絕。」直轄市、縣（市）消防機關為執行緊急救護之給付行政行為時，為公益之目的，如遇特別情況導致現有所屬消防機關之緊急救護資源用盡，仍無法達成其公行政之目的時，緊急醫療救護法給予其法源依據，使得其可派遣救護車設置機關或醫院之救護資源，以完成其目的。此時當地醫院及救護車設置機關之救護車及其救護人員因遵從救災救護指揮中心的指示與指揮監督執行行政任務，其協助行為之性質亦為「行政助手」。到達現場後，仍須將當時病人情況向救災救護指揮中心報告，請救災救護指揮中心決定欲送往之醫院，本身無自行決定的空間。如派遣員之選任及指揮監督之行為有欠缺，符合國家賠償法之要件時，如同義消或鳳凰志工般，亦得請求國家賠償。

## 第二項 民法損害賠償責任

救災救護指揮中心啟動之到院前救護為具公法性質之行政事實行為，已於前述。如救災救護指揮中心之人員，或其所指揮派遣啟動之救護人員執行職務時，因故意或過失不法侵害人民自由或權利，而致其行為成立憲法第 24 條及國家賠償法之國家賠償請求權要件時，得請求國家賠償。相對地，非救災救護指揮中心啟動之到院前救護則屬民法之範疇。因於此類型中，實行到院前救護皆為民間救

<sup>55</sup> 吳明芳，消防分隊基層勤務之探討，載：提升消防及災害防救能力問題研討會論文集，2005 年版。

<sup>56</sup> 陳敏，同註 51，頁 997。

<sup>57</sup> 陳敏，同註 51，頁 1137。



護車設置機構，且無受政府機關之委託或指示協助其施行具公法性質的救護行為，自屬人民間之權利義務關係，為民法所規範。

非救災救護指揮中心啟動之到院前救護，可將其類型化為「民眾直接聯絡民間救護車營業機構」、「負保護義務之人聯絡簽約之救護車設置機構」及「救護車設置機構自行啟動」，以下將分別論述。

### 第一款 民眾直接聯絡民間救護車營業機構

我國自民國 97 年 9 月 5 日將原本之「民間救護車機構管理辦法」更改名稱為「救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法」，並廢除了民間救護車機構之業務限制<sup>58</sup>，從此民間救護車設置機構亦可執行到院前緊急救護之業務。雖目前直轄市、縣（市）政府之消防機關仍採取未收費之到院前緊急救護服務，致使民間救護車營業機構無法與之競爭，但因當地消防機關因消防救護人力之不足，仍有所謂運送責任區之規定，而無法越區運送傷病患至傷病患本人或家屬欲送往之較遠醫院，故仍有少部分之傷病患本人或家屬直接聯絡民間救護車營業機構，來獲得到院前緊急救護服務。

救護技術員屬專門職業，具有專門技術來提供服務，傷病患、家屬或他人委託其執行緊急救護，並給予指示要其運送傷病患至欲前往之醫院，救護員依其指示給予緊急醫療救護，以緊急醫療救護與運送勞務為給付之內容，故其應屬「委任契約」。

緊急傷病患本人、家屬或他人以電話或其他方式連絡民間救護車營業機構，以民間救護車營業機構所屬之人員瞭解時，即發生「要約」之效力<sup>59</sup>。而如該民間救護車營業機構有承受委託處理一定事務之公然表示者，例如有廣告或名片來表示可提供到院前緊急醫療救護服務時，其人員瞭解相對人要約之內容後，不即為拒絕之通知時，則應適用民法第 530 條之規定，對於該事務之委託，視為允受委託。由此可知，該委任契約之成立時點，為緊急傷病患本人、家屬或他人以電話或其他方式連絡民間救護車營業機構，該人員瞭解相對人要約之內容後，不即為拒絕之通知時，契約即為成立。

然應注意者，在於聯絡民間救護車營業機構之人，如為緊急傷病患本人，則與民間救護車營業機構訂立委任契約之相對人為緊急傷病患本人。如非緊急傷病患本人，則與民間救護車營業機構訂立委任契約者則視為聯絡行為之該他人是否

<sup>58</sup> 原民間救護車機構管理辦法第 2 條：「民間救護車機構之業務，以下列為限：一、轉診病人之運送。二、非緊急醫療救護病人之運送。三、依救護指揮中心派遣運送病人。四、其他經衛生主管機關指派之救護相關工作。」

<sup>59</sup> 民法第 94 條：「對話人為意思表示者，其意思表示，以相對人瞭解時，發生效力。」



為緊急傷病患之直接代理人或代表人而異，如其為緊急傷病患之直接代理人或代表人，則契約之相對人仍為緊急傷病患本人；如其非緊急傷病患之直接代理人或代表人，則契約之相對人為該他人，此時該締結之委任契約性質為第三人利益契約<sup>60</sup>。而該第三人利益為真正或不真正第三人利益契約，則是契約解釋的問題<sup>61</sup>。

依緊急傷病患是否得直接向民間救護車營業機構請求服務之利益來判斷，如可直接請求則為真正第三人利益契約；如否，則為不真正第三人利益契約。但不管是真正或不真正第三人利益契約，皆須第三人同意是否享受其利益，蓋依私法自治原則，不能強使他人受利益<sup>62</sup>。故於民間救護車營業機構之受僱人到場後執行救護前，必須獲得緊急傷病患本人之明示、默示或推測同意，始能執行。如第三人（緊急傷病患）同意受益在前，卻又不受領給付時，則發生受領延遲的效果，第三人依民法第 240 條之規定對債務人的費用負責；如第三人自始至終並未同意，則此時由債權人負此義務而第三人視為其履行輔助人<sup>63</sup>。

要特別說明的是，在委任契約為第三人利益契約時，與民間救護車營業機構締結委任契約之該他人，通常與傷病患存在某種法律關係，使得該他人使民間救護車營業機構對緊急傷病患為給付，但不管該法律關係存在或不存在，皆與第三人利益契約的成立無關<sup>64</sup>。聯絡民間救護車營業機構之他人非為傷病患之直接代理人或代表人時，該他人如符合適法無因管理之構成要件，則與傷病患成立該法定債之關係，而適用其相關規定。在其亦符合「免除本人之生命、身體或財產上之急迫危險」之緊急要件時，僅就故意或重大過失負責<sup>65</sup>。然而須注意者，無因管理人開始管理時，以能通知為限，應即通知本人（傷病患）。如無急迫之情事，應俟本人之指示<sup>66</sup>。傷病患接獲通知後，無指示或拒絕管理時，管理人應停止管理行為，否則依民法第 174 條規定，負不適法無因管理之責。如傷病患同意其管

<sup>60</sup> 在契約的給付關係觀察，原則上係有利於債權人而不利於債務人，但有時債權人、債務人或者雙方當事人希望，使第三人因債之關係獲得利益而訂立契約時，稱為第三人利益契約。黃立，民法債編總論，頁 583-584，2006 年 11 月 3 版。

<sup>61</sup> 王澤鑑，民法概要，頁 285，2005 年 9 月版。

<sup>62</sup> 民法第 269 條第 3 項：「第三人對於當事人之一方表示不欲享受其契約之利益者，視為自始未取得其權利。」

<sup>63</sup> 黃立，同註 60，頁 589。

<sup>64</sup> 王澤鑑，同註 61，頁 286。

<sup>65</sup> 在英美法系中有所謂之善良撒瑪利亞人法則(Good Samaritan Doctrine)：出於善意不求回報之善行義舉者，能免於民事賠償責任或加工過失責任。美國各州都有善良撒瑪利亞人法，如馬里蘭州法，該急難救助者為自發性且不求回報，且行為人無重大過失時，免除其民刑事責任。我國並無依據善良撒瑪利亞人法則之立法，但卻能依緊急無因管理之要件，將其責任範圍限縮於僅於故意或重大過失負責，其效果類似於英美法系之善良撒瑪利亞人法則。善良撒瑪利亞人法則之相關介紹，詳見王宗倫，論民眾不為醫療上急難救助之刑事責任，東吳大學法律學系碩士論文，頁 10-21，2005 年。

<sup>66</sup> 民法第 173 條第 1 項所規定。

理，則依據民法第 178 條規定，適用關於委任之規定<sup>67</sup>。此時民間救護車營業機構與傷病患則為複委任之關係而適用相關規定。

委任契約訂立後，民間救護車營業機構之救護車及其受僱人（通常為救護技術員或護理人員）會依契約之約定前來現場進行緊急醫療救護，並按委任人之指示提供其所需之緊急救護項目與送往其所指示之醫院。但如病患病情不適合委任人所指示之緊急救護項目與送往醫院，應告知其契約相對人，如契約相對人瞭解且可為有效之意思表示，仍應按照委任人之指示執行，但其指示仍受民法第 71 條之限制，故可知委任人指示救護技術員之行為，如逾越緊急醫療救護法或當地之救護作業程序時，或指示護理人員逾越護理師法規範之行為，其指示為無效而不構成契約內容。但如該救護人員於該場景下無法告知契約相對人、相對人不瞭解或無法為有效之意思表示，又處於急迫之情形下，則因可推知相對人連絡救護車營業機構之目的在於使緊急傷病患免於傷病造成之生命威脅或後遺症，可變更委任人之原先指示，依其專業對傷病患執行必要之緊急醫療救護與送往醫院來使其免於傷病造成之生命威脅或後遺症<sup>68</sup>。救護人員執行到院前緊急救護與運送傷病患到達送往醫院，且與送往醫院之醫護人員交班讓其接手處置傷病患後，完成委任契約之勞務給付。

由以上可知，其與救災救護指揮中心啟動之到院前救護所不同的是，到達現場之救護人員之現場救護行為不受民間救護車營業機構派遣中心之指揮，其以民間救護車營業機構之委任契約履行輔助人之角色，依債之本旨而為給付。

如民間救護車營業機構之救護車及救護人員依約前來現場進行緊急醫療救護，但緊急傷病患不願接受緊急醫療救護或只願意接受部分之緊急醫療救護項目，此時不管契約相對人為何，於救護車到達後或緊急傷病患願意接受的部分執行完畢後，契約相對人得終止委任契約，但契約之中止並無溯及效力，故民間救護車營業機構得就其已處理之部分請求報酬，例如救護車與救護人員來到現場的費用與已執行完畢之救護項目與器材費用。於緊急醫療救護中，民間救護車營業機構亦得終止委任契約，但如其於不利於緊急傷病患之時期終止契約者，應負由此產生之損害賠償責任<sup>69</sup>。如緊急傷病患本人為契約相對人，其於緊急救護中死亡時，因為若於此時消滅委任關係恐有害於委任人利益，依民法第 551 條規定，於其繼承人能接受委任事務前，應繼續處理其事務<sup>70</sup>，故民間救護車營業機構之

<sup>67</sup> 黃立，同註 60，頁 186。

<sup>68</sup> 民法第 536 條：「受任人非有急迫之情事，並可推定委任人若知有此情事亦允許變更其指示者，不得變更委任人之指示。」

<sup>69</sup> 62 年臺上字第 1536 號民事判決認民法第 549 條之損害係指不於此時終止，他方即可不受此損害，非指當事人原先約定的報酬。

<sup>70</sup> 醫療法第 76 條規定：「醫院、診所如無法令規定之理由，對其診治之病人，不得拒絕開給出生證明書、診斷書、死亡證明書或死產證明書。開給各項診斷書時，應力求慎重，尤其是有關死亡之原因。醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。」依照該

受僱人應繼續將緊急傷病患送往醫院接受醫療處置。

由以上論述可知，民眾直接聯絡民間救護車營業機構而啟動之到院前救護為委任契約，該救護行為是在履行契約內容，因此該救護行為如有債務不履行之行為，應依關於給付不能、給付遲延及不完全給付之一般規定，負損害賠償責任。至於對誰負損害賠償責任？如契約相對人為緊急傷病患本人，自應對其負損害賠償責任。如該委任契約為真正第三人利益契約，緊急傷病患得逕向民間救護車營業機構請求損害賠償，而契約相對人亦得請求民間救護車營業機構向緊急傷病患為損害賠償。於民間救護車營業機構與傷病患成為複委任之關係後，依民法第 539 條規定，傷病患對該民間救護車營業機構有直接請求權。

民眾直接聯絡民間救護車營業機構而啟動之到院前救護，亦有侵權行為法之適用。如民間救護車營業機構因故意或過失行為導致損害，此時因符合民法第 184 條第 1 項前段而需負損害賠償責任<sup>71</sup>；亦有不作為而成立侵權行為者，此因民眾直接聯絡民間救護車營業機構而成立委任契約後，民間救護車營業機構即負有保護緊急傷病患之作為義務，其因故意或過失而不作為，如延遲或拒絕派遣救護車導致損害時，且無阻卻違法事由，自應負侵權行為之損害賠償責任。此時則產生債務不履行與侵權行為請求權之競合關係。

## 第二款 負保護義務之人聯絡簽約之救護車設置機構

### 第一目 負保護義務之人為私人

於特別容易發生傷病意外之場所，例如提供健身器材之私人運動場所或是舉辦中的私人運動大會、演唱會或大型活動，該經營者或主辦單位有時與鄰近之民間救護車設置機構簽約，約定若運動場所內或活動中有人發生需緊急救護之情況時，立即來到現場給予緊急救護，如需要時，亦運送病人前往醫院救治。簽約之內容，有以於契約所定期間內，不管進行多少次的緊急醫療救護與運送服務，皆以一定之金額為給付；亦有以於契約所定期間內，依緊急醫療救護服務量為給付。該經營者或主辦單位依照約定不可先連絡其他民間救護車設置機構或 119

---

條規定，死亡證明書之開立，法律限定僅有醫院與檢察機關始有權力開立。因此，死亡之判定，似乎也惟有醫院的醫師與檢察機關的法醫才能判定。但於實務中，如不允許救護技術員對於具有特別明顯死亡特徵之病患判定為死亡，勢必造成許多困擾，例如必須將屍塊送來醫院急救，對於無首的患者繼續執行緊急醫療救護。因此於行政院衛生署緊急醫療救護委員會第七次會議紀錄，定義現場死亡如下：「人體達到屍腐、屍僵、屍體焦黑、無首、內臟外溢或軀幹斷肢的狀態之一者，且無意識、無呼吸、無脈搏之情形。」救護技術員可依照此定義判定為死亡後停止緊急醫療救護，應協助家屬或報案人，通知轄區員警到達現場執行行政相驗或司法相驗。

<sup>71</sup> 民法第 184 條之行為，指任何由意思支配的行為，因而在客觀上可以歸責者。黃立，同註 60，頁 252。民法第 184 條之行為並不以自己之行為為必要，亦得藉由他人或某物為之。王澤鑑，侵權行為法第一冊，頁 100，2006 年 8 月版。



消防機關提供服務，除非該簽約民間救護車設置機構明示無法及時提供服務。經營者或主辦單位與民間救護車設置機構成立契約之目的，在於經營者或主辦單位對於運動場所內或活動中的參與民眾具有保護其安全之附隨義務<sup>72</sup>。為履行其對參與民眾需負之附隨義務，故與民間救護車設置機構成立第三人利益契約，以確保如意外產生時，發生意外之參與民眾可獲得適當之緊急醫療救護。此時仍依契約內容，依照該傷病患可否直接向民間救護車設置機構請求服務之利益來判斷為真正或不真正第三人利益契約。此第三人利益契約之性質為「委任契約」，理由如同項第一款所述，茲不贅述。

當參與民眾發生傷病之情形時，經營者或主辦單位聯絡簽約之民間救護車設置機構，其依約前往現場，如果此時傷病患明示、默示或推測同意接受緊急醫療救護時，則救護人員即給予緊急救護之給付。如救護人員有不完全給付甚至加害給付之情形，此時傷病患可因附隨義務之違反，依債務不履行向經營者或主辦單位請求損害賠償。具有對傷病患負保護義務之相對人聯絡簽約之救護車設置機構而啟動之到院前救護亦屬第三人利益契約之給付，如該救護車設置機構之救護行為有加害給付之情形，傷病患得逕向該救護車設置機構請求損害賠償，經營者或主辦單位亦得請求該救護車設置機構對緊急傷病患為債務不履行之損害賠償。

此種類型亦可能有侵權行為法之適用。因民間救護車設置機構與經營者或主辦單位所簽立之契約含有對緊急傷病患負有保護之作為義務，如其救護行為有行為或不作為致緊急傷病患受有損害且有故意過失，無阻卻違法事由存在，自有侵權行為法損害賠償之適用（因符合民法第 184 條第 1 項前段之規定，有時該行為或不作為因違法亦有民法第 184 條第 2 項規定之適用<sup>73</sup>），緊急傷病患自得依此向救護車設置機構請求損害賠償。

如特別容易發生傷病意外場所之經營者或主辦單位連絡非事先簽約之民間救護車營業機構或連絡救災救護指揮中心請求緊急救護，則其與傷病患之關係，

<sup>72</sup> 學者王澤鑑認為，附隨義務的種類甚多，就其功能可分為兩類：1.促進實現主給付義務，使債權人的給付利益獲得最大可能的滿足(輔助功能)。2.維護他方當事人人身或財產上利益(保護功能)。王澤鑑，債法原理(一)，頁 44-45，2006 年 9 月版。實務上最高法院 98 年度臺上字第 78 號民事判決謂：「所謂附隨義務，乃為履行給付義務或保護當事人人身或財產上利益，於契約發展過程基於誠信原則而生之義務，包括協力義務以輔助實現債權人之給付利益。倘債務人未盡此項義務，債權人得依民法第二百二十七條不完全給付之規定行使其權利。」最高法院 99 年度臺上字第 789 號民事判決：「按契約成立生效後，債務人除負有給付義務（包括主給付義務與從給付義務）外，尚有附隨義務。此項附隨義務不僅係基於誠信原則及補充契約解釋（契約漏洞之填補）而生，且於八十八年四月二十一日修正公布之民法第二百二十七條第二項立法理由亦加以承認。附隨義務包括協力及告知義務以輔助實現債權人之給付利益，倘債務人未盡此項義務，債權人自得依民法第二百二十七條不完全給付規定行使其權利。」

<sup>73</sup> 如緊急醫療救護法第 18 條規定救護車於救護傷病患及運送病人時，應有救護人員 2 名以上出勤，如該救護車上僅有 1 位救護技術員執行救護，因而造成有因果關係之損害時，則因違反保護他人之法律而有民法第 184 條第 2 項規定之適用。



除審酌是否有於傷病意外產生前已存在之法律關係，造成的債務不履行損害賠償責任，與傷病發生相關之侵權責任外，其餘之權利義務關係，如同「民眾直接聯絡民間救護車營業機構」與「救災救護指揮中心啟動之到院前救護」類型，茲不贅述。

## 第二目 負保護義務之人非為私人

民間特別容易發生傷病意外場所之經營者或主辦單位與受有保護義務之傷病患間的權利義務已如上述。但於實務中，公立機關經營運動場所或舉辦大型活動亦所在多有<sup>74</sup>。於此種類型之營造物中，因其多為私法之營造物利用關係，無行使公權力，該營造物內之人員與營造物間有如民法之受僱人，故如因其執行職務不法侵害他人之權利時，則適用民法第184條與第188條之規定，負民法侵權責任，而無國家賠償法之適用。但如因營造物之公共設施設置或管理不當而致損害，且該公共設施為公有時，則有國家賠償法第3條第1項之適用；如非公有時，則有民法第191條之適用<sup>75</sup>。於傷病患發生傷病時，其連絡簽訂契約之救護車設置機構實行緊急救護，則其與傷病患之關係如同私人經營者或主辦單位般，並無特別；如其連絡非事先簽約之民間救護車營業機構或連絡救災救護指揮中心請求緊急救護，則除考慮是否有前述之民法第184條、第188條、第191條與國家賠償法第3條第1項之適用，及是否有因先前法律關係之義務違反而發生債務不履行損害賠償責任外，亦如同「民眾直接聯絡民間救護車營業機構」與「救災救護指揮中心啟動之到院前救護」類型。

## 第三款 救護車設置機構自行啟動

### 第一目 對緊急傷病患無保護義務

如傷病患之傷病發生於救護車設置機構鄰近時，發現傷病患需要緊急救護的第一人，是為該救護車設置機構的員工，因而在傷病患尚未提出需要幫忙之前，啟動了緊急救護服務，對傷病患提出緊急救護服務之要約，待傷病患承諾接受緊急救護服務後，意思表示合致而成立緊急救護契約，而該契約仍與「民眾聯絡民間救護車設置機構」類型之緊急救護契約相同，為「委任契約」。委任契約成立之時點，在於傷病患承諾接受緊急救護服務時。委任契約成立後，救護車設置機構之救護行為亦為履行給付之行為，如有債務不履行之行為，自應對傷病患負損害賠償責任。

<sup>74</sup> 如公立游泳池、地方政府舉辦之大型跨年演唱會。須再強調者，此種類型僅限於公辦公營之類型，不包括公辦民營，如為公辦民營之類型，其與民間救護車設置機構及傷病患之關係，則如同於「負保護義務之人為私人」類型。

<sup>75</sup> 陳敏，同註51，頁1024。

但如傷病患陷入昏迷等無法為有效承諾之意思表示時，此時該救護車設置機構的員工如有為他人管理事務之主觀意思，而給予該傷病患緊急救護時，因此時之緊急救護不違反其可得推知之意思，成立適法之真正無因管理<sup>76</sup>。如該傷病患亦欲自殺，儘管清醒後仍明白表示此緊急救護為違反本人之意思，但因本人之自殺意思違反善良風俗，依民法第 174 條第 2 項規定，仍視為適法之真正無因管理而依照民法第 176 條第 2 項，有同條第 1 項的請求權。於真正無因管理成立後，救護車設置機構之救護行為係為免除緊急傷病患之生命或身體之急迫危險，依民法第 175 條規定，注意義務自得減輕，除有惡意或重大過失者外，不負賠償之責。

如無因管理之事務經本人承認者，依民法第 178 條而適用關於委任之規定，但如委任之規定使管理人處於較不利之地位，則不應適用之。舉例來說，民法第 551 條之適用因不利於管理人，自不應適用，但管理人有無繼續管理義務，應類推適用民法第 549 條第 2 項規定，即管理人於不利於本人之時期終止管理者，應負損害賠償責任，但因非可歸責於該管理人之事由，致不得不終止管理者，不在此限<sup>77</sup>。因此救護車設置機構的員工於執行緊急救護後，除了非可歸責於該員工之事由（如本身突然心臟病發）發生外，如貿然停止緊急救護，而此時期停止救護不利於傷病患，應為因此而導致之損害負責。

此類型有侵權行為法之適用，理由如同項第一款。但思考侵權行為是否成立時，需考慮其是否有阻卻違法事由之存在。於緊急救護中，常見之阻卻違法事由為「緊急避難」<sup>78</sup>。於適用「緊急避難」之阻卻違法事由時，除「必要性比例原則」外，尚有「法益權衡原則」之適用<sup>79</sup>。另外，「適法之無因管理」亦為緊急救護常見侵權行為之阻卻違法事由<sup>80</sup>。法律為獎勵善行益事，規定其為法定債之關係之一種，自應認其為適法行為，具有阻卻違法性<sup>81</sup>。但仍須注意最高法院 55

<sup>76</sup> 王澤鑑，債法原理第一冊，頁 383 以下，2006 年 9 月版。黃立，同註 60，頁 181-185。

<sup>77</sup> 此為德國通說。王澤鑑，同前註，頁 390。

<sup>78</sup> 民法第 150 條規定：「因避免自己或他人生命、身體、自由或財產上急迫之危險所為之行為，不負損害賠償之責。但以避免危險所必要，並未逾越危險所能致之損害程度者為限。」

<sup>79</sup> 96 年度交上更(一)字第 14 號刑事判決：「……自己或他人生命、身體、自由、財產存有危難，危難緊急，主觀上基於救助之意思，而實施客觀上不得已之避難行為等要件時，避難者即有上開緊急避難規定之適用，並依法益權衡原則，區分避免自己或他人生命、身體、自由、財產所保全之法益，大於或等於、小於因不得已行為所破壞之法益，而決定應對避難者不罰或減輕、免除其刑。本件被告為保全大貨車之財產法益，而侵害他人之生命、身體法益，依法益權衡原則，自無主張刑法第 24 條第 1 項之餘地。……」97 年度上字第 738 號民事判決：「……惟為兼顧對個人名譽、隱私及公共利益之保護，法律並非不得對言論自由依傳播方式為合理之限制，司法院大法官會議第 509 號解釋揭櫫明確。惟名譽係開放概念，一人行使言論自由是否因而侵害他人之名譽，構成不法，應依法益權衡加以判斷。上開 509 號解釋旨在衡平憲法所保障之言論自由與名譽權兩種法益，在民事事件中，就一人行使言論自由，是否構成不法侵害，基於法律秩序的統一性，應就整體法規範予以評價考量，因憲法為民事法之上位規範，在為民事法解釋時亦不應違反憲法原則及憲法精神，而應採合憲解釋為之，是上開 509 號解釋於民事法中應予適用。……」

<sup>80</sup> 黃立，同註 60，頁 185。

<sup>81</sup> 王澤鑑，侵權行為法第一冊，頁 272，2006 年 8 月。

年臺上字第 228 號判例認為：「無因管理成立後，管理人因故意或過失不法侵害本人之權利者，侵權行為仍可成立，非謂成立無因管理後，即可排斥侵權行為之成立。」由此可知，無因管理成立後，其管理未依本人明示或可得推知之意思，以有利於本人之方法為之，致其受損害，亦有侵權行為損賠責任之成立。例如某救護車設置機構的員工實行緊急救護成立適法之無因管理，但之後卻因重大過失導致給氧方式錯誤，使得氧氣不斷進入傷病患肺部中，但卻無通道可使傷病患吐氣，造成傷病患張力性氣胸後死亡之結果，自有侵權行為法之適用。

## 第二目 對緊急傷病患保護義務

如救護車設置機構對傷病患依先前存在之契約<sup>82</sup>、傷病發生的原因為該機構內設施設置或管理有欠缺<sup>83</sup>，或依法規<sup>84</sup>而對其負有保護義務或損賠責任，則此救護車設置機構為盡其契約之保護義務，或盡事後防止損害繼續擴大之保護義務，而自行啟動機構內之緊急救護，如傷病患接受該緊急救護時，此時應認救護車設置機構仍是履行先前存在法律關係的保護義務，而非成立新的法律關係。於該緊急醫療救護過程中，如有導致損害繼續擴大之情形時，傷病患可依據先前法律關係之請求權請求損害賠償。故如上所述，醫療機構外之救護車設置機構對傷病患負有保護義務時之救護行為，將為先前法律關係所吸收，緊急傷病患依據先前法律關係之請求權請求損害賠償。如其侵害行為亦符合侵權行為法之要件時，則產生先前法律關係請求權與侵權行為損賠請求權之競合；如先前法律關係亦為侵權行為時，則一併請求。

## 第四款 借名醫療院所之連帶責任

### 第一目 僱用人負連帶責任之要件

如民間救護車營業機構之受僱人，即到達現場之救護人員，因故意或過失不法侵害他人之權利，而該當民法第 184 條第 1 項前段之要件，抑或違反法規或救護作業流程，該當同法第 184 條第 2 項之規定時，自得依侵權行為之規定負損害賠償責任。然而，救護人員有過失時，僱用人應否負連帶損害賠償責任？根據民法第 188 條第 1 項規定：「受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。但選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。」因而可知如僱用人應負連帶侵權損賠責任時，其須滿足四個要件：

一、須具僱用人與受僱人關係。

<sup>82</sup> 如護理之家與病患訂立的養護契約。

<sup>83</sup> 如於台大校園裡，因欄杆年久失修而腐蝕而導致學生失足墜樓。

<sup>84</sup> 如救護車設置機構內之僱用人因故意或過失，不法侵害緊急傷病患之權利，依民法負有侵權行為損害賠償責任。



- 二、須受僱人不法侵害他人之權利。
- 三、須受僱人執行職務。
- 四、須僱用人選任受僱人及監督其職務之執行具有過失。

對於僱用關係之確定，最高法院 57 年臺上字第 1663 號判例：「民法第一百八十八條第一項所謂受僱人，並非僅限於僱傭契約所稱之受僱人，凡客觀上被他人使用為之服勞務而受其監督者均係受僱人。」受僱人的特徵在於受僱用人的監督，納入其組織，服從其指示。監督上的指示包括受僱人從事一定勞務的時間、地點及方式，得為概括或具體<sup>85</sup>。至於勞務的種類、報酬之有無、時間長短、其所從事的為事實行為或法律行為，有無代理權限，均非所問。於受僱人不法侵害他人權利的要件上，須受僱人具備民法第 184 條所定侵權行為之要件。

關於受僱人執行職務範圍的認定，學說上有採主觀說者，認為是否執行職務應以受僱人之意思為準；有採客觀說者，認為應以外表上執行職務之形式為已足<sup>86</sup>。最高法院 42 年臺上字第 1224 號判例採客觀說：「民法第一百八十八條第一項所謂受僱人因執行職務不法侵害他人之權利，不僅指受僱人因執行其所受命令，或委託之職務自體，或執行該職務所必要之行為，而不法侵害他人之權利者而言，即受僱人之行為，在客觀上足認為與其執行職務有關，而不法侵害他人之權利者，就令其為自己利益所為亦應包括在內。」最高法院 90 年臺上字第 1991 號判決採行為外觀理論：「民法第一百八十八條第一項所稱之『執行職務』，初不問僱用人與受僱人之意思如何，一以行為之外觀斷之，即是否執行職務，悉依客觀事實決定。苟受僱人之『行為外觀』具有執行職務之形式，在客觀上足以認定其為執行職務者，就令其為濫用職務行為，怠於執行職務行為或利用職務上機會及與執行職務之時間或處所有密切關係之行為，亦應涵攝在內。」

以上實務見解受到學者批評而認應採取德國通說「內在關聯」的判斷基準<sup>87</sup>，即指與僱用人所委辦職務具有通常合理關連的行為，對此僱用人可為預見並事先防範，計算其可能的損害，內化於經營成本。除此之外，德國通說亦認為，委辦職務如具典型增加犯罪行為危險性，僱用人亦應負責。美國法院另認為如受僱人與被害人有特殊信賴關係時，如醫師與病人、神職人員與教友間，被害人有特別保護之必要，僱用人應不免於負責<sup>88</sup>。如依以上見解，民間救護車營業機構之受僱人於執行緊急救護途中發生車禍，或於救護車上侵害傷病患，因其僱用人可為預見，或委辦之緊急救護職務，具典型行為危險性，應令僱用人負連帶侵權

<sup>85</sup> 王澤鑑，侵權行為法第二冊，頁 120，2006 年 7 月版。

<sup>86</sup> 黃立，同註 60，頁 313。

<sup>87</sup> 王澤鑑，同註 85，頁 131。

<sup>88</sup> Dan B. Dobbs, *The Law of Torts* (St. Paul, 2002), P114. 轉引自王澤鑑，同註 85，頁 138。



行為損害賠償責任。雖民法規定僱用人得舉證免責<sup>89</sup>，但我國實務上對僱用人的舉證免責採取嚴格的要求，以保護被害人，迄今未發現有僱用人舉證免責成功的案例。

## 第二目 借名醫療院所之相關爭訟

緊急醫療救護法第 15 條第 2 項於民國 84 年 7 月 14 日初立法時原規定：「設置救護車，以左列單位（以下稱設置救護車機構）為限；一、消防機構。二、衛生機關。三、醫療機構。四、護理機構。五、軍事機關。六、經省（市）衛生主管機關認定需要設置救護車之機構或公益團體。」上述設置救護車機構並不包含民間救護車機構，因此導致民間救護車業者當時為經營救護車業務，欲向所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關申請許可登記時，通常必須向醫療機構或其他設置救護車機構借名申請。但借名申請後，該民間救護車業者，便自行購買救護車及自行營業，而不受該借名醫院之管轄。在此歷史背景下，便發生了許多借名醫院是否為僱用人之爭訟。

### 一、96 年度醫字第 3 號民事判決、96 年度醫上字第 4 號民事判決：客觀說、行為外觀理論

臺灣臺中地方法院 96 年度醫字第 3 號民事判決之案例事實如下：

被告係救護車司機，以駕駛救護車為業，為從事業務之人。緣被害人因腦出血中風至童綜合醫院治療，進行氣切手術，經主治醫師確認可拔掉呼吸器而自行呼吸，但仍留氣切管，準備隨時抽痰。後經仁惠安養中心安排，由被告駕駛救護車將被害人自童綜合醫院轉載至仁惠安養中心。被告採用直接將氧氣管接連氣切口而不用 T 形管給氧，造成氣體只進不出，導致被害人身體腫脹、臉部發黑，再送往童綜合醫院急救，後因急性氣腫併多器官及呼吸衰竭而死亡。

原告主張杏豐醫院為被告之僱用人，依民法第 188 條之規定，負有選任受僱人及監督其職務執行之義務，被告因執行救護車駕駛業務，其行為有過失而不法致侵害他人權利，且依緊急醫療救護法第 18 條救護車須配置 2 人以上人員之規定，惟杏豐醫院並未確實遵守上開法令依法管理，致未於轉送載運途中觀察照料病患之身體狀況，故依民法第 184 條第 1 項一般侵權行為及民法第 188 條第 1 項僱用人侵權責任之規定，杏豐醫院應與被告連帶負損害賠償責任。

<sup>89</sup> 民法第 188 條第 1 項但書規定，選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。所謂選任注意義務，指僱用人於僱用受僱人時曾為必要之注意。但對於僱用有受過刑事處分的前科之人，並非違反選任之注意義務。而所謂監督義務，81 年臺上字第 2686 號判例認為：「所謂監督，係指對勞務之實施方式、時間及地點加以指示或安排之一般的監督義務而言。」其監督義務，基本上依工作之種類，即受僱人之個性而定。詳見黃立，同註 60，頁 317。

杏豐醫院則辯稱系爭救護車雖登記為杏豐醫院名義，惟該救護車之駕駛係訴外人徐振成，杏豐醫院將救護車業務委由徐振成承攬，以按件計酬方式處理，而被告並非杏豐醫院之員工，二者間無任何法律上或事實上之僱傭關係，杏豐醫院根本無從監督被告之行為。對於該救護行為，被告並非基於杏豐醫院之指派為其執行職務而前往載送被害人，當時並非為杏豐醫院執行職務，且杏豐醫院亦未因被告之載送被害人行為獲有利益，因以上理由抗辯杏豐醫院並非為被告之僱用人。

法院認定被告符合一般侵權行為，應負侵權行為損害賠償責任。法院又引用最高法院 57 年度臺上字第 1663 號判例、84 年度臺上字第 1151 號裁判，認為：「……『所謂受僱人，並非僅限於僱用契約之情形，凡客觀上為他人服勞務而受其監督者均係受僱人』、『民法第 188 條僱用人責任之規定，係為保護被害人而設。故所稱之受僱人，應從寬解釋，不以事實上有僱傭契約者為限。凡客觀上被他人使用，為之服勞務而受其監督者，均係受僱人。……』。經查，……系爭救護車之外車體上有杏豐醫院名稱之塗裝，已據被告供述在卷，並有行車執照影本在卷為證，且為被告杏豐醫院即陳明源所不爭執，則被告己○○駕駛系爭救護車載送被害人王月嬌之行為，就行為之外觀上已具使人認為被告己○○係為被告杏豐醫院即陳明源所使用，並為之服勞務，且被告杏豐醫院即陳明源既將營業名義借予他人使用，亦應認對借用名義人已形成選任、監督之關係，是故被告己○○與被告杏豐醫院即陳明源間存有事實上之僱用關係，被告杏豐醫院即陳明源就被告己○○執行職務所致第三人之損害應負民法第 188 條所定之僱用人責任。……」（劃底線者為本文所加）

杏豐醫院不服提起上訴，高等法院作成臺灣高等法院臺中分院 96 年度醫上字第 4 號民事判決，採用最高法院 42 年臺上字第 1224 號民事判例之客觀說，認為系爭救護車於本件事故時仍靠行在杏豐醫院，救護車之外體仍漆有杏豐醫院之字樣，於行為外觀上，已足使人認係杏豐醫院所屬之救護車；又系爭救護車之實際經營者既係依接送病患之次數，和杏豐醫院結算營業所得，足認被告載送病患係為杏豐醫院執行職務之行為，則杏豐醫院對系爭救護車執行職務，依法自負有選任、監督之關係，且對被告執行職務致第三人受有損害，依法自應負民法第 188 條規定之僱用人責任。因此駁回杏豐醫院之上訴。

## 二、89 年度上字第 16 號民事判決：外觀說

臺灣高等法院高雄分院 89 年度上字第 16 號民事判決案例事實為：庚○○駕駛漆有靜和醫院名稱之救護車，自建佑醫院附載該院轉診病患王吳墪及其家屬欲赴長庚醫院，途經王生明路陸軍步校前附近時發生車禍，致車內之王吳墪經重力撞

擊，受有腦挫傷之傷害，經送醫後延至同日上午四時死亡。死者家屬主張靜和醫院應負僱用人連帶賠償責任。

法院認：「按民法第一百八十八條僱用人責任之規定，係為保護被害人而設，故所稱之受僱人，應從寬解釋，不以事實上有僱傭契約者為限，凡客觀上被他人使用，為之服勞務而受其監督者，均係受僱人。又將營業名稱借與他人使用，其內部縱僅對於未具有信用或營業資格者，借與信用或資格，或係為達逃避僱用人責任之目的所為之脫法行為，但就外觀而言，其是否借與營業名義，仍具有選任之關係，且借與名義，並可中止其借用關係，無形中對該借用名義者之營業使用其名義，仍有監督關係，是兩者之間仍存有選任、服勞務及監督關係，與僱傭無殊。……。查庚○○所駕駛之肇事車輛，係庚○○所購買，經由靜和醫院同意，以靜和醫院名義申請經准許設置之救護車，車身並標示有靜和醫院名稱，為庚○○及靜和醫院自認之事實。則患者（及家屬）於搭乘時，只能從外觀上判斷該救護車係靜和醫院所有，在客觀上該車輛之司機庚○○即係受僱為靜和醫院服勞務，靜和醫院應負僱用人責任。……」（劃底線者為本文所加）

### 三、89 年度上易字第 48 號民事判決

此案件為臺灣高等法院高雄分院 89 年度上字第 16 號民事判決之同一案例事實，家屬覆又向庚○○及建佑醫院請求債務不履行之損害賠償責任。法院認為：「……（建佑）醫院為協助病患，通知該救護車前來，其僅應負注意該車輛有無相當之救護設備之義務，至於對於駕駛救護車者，尚難認有一般之監督權，換言之，本件係救護車司機之駕駛過失肇事，即不能令上訴人（建佑）醫院負僱用人之連帶責任。又該救護車係庚○○出資所購，借用靜和醫院名義申請設置，由有駕駛執照之庚○○自行駕駛，……上訴人對庚○○並無監督之可能，外觀上，亦不能認有僱傭關係，……」（劃底線者為本文所加）因以上理由判決建佑醫院不負僱用人之連帶責任。

由以上 96 年度醫字第 3 號民事判決、96 年度醫上字第 4 號民事判決，及 89 年度上字第 16 號民事判決可知，法院一致採取最高法院 42 年臺上字第 1224 號判例之客觀說，認為借名給他人申請許可登記的醫療機構，如救護車上面有該醫療機構之名稱，均應負僱用人連帶侵權損害賠償責任。但借名給他人之醫療機構與該借名之民間救護車機構，是否為「靠行」關係？

### 第三目 救護車借名登記是否為靠行之案件

#### 一、90 年度重訴字第 2 號民事判決：非靠行



**臺灣雲林地方法院 90 年度重訴字第 2 號民事判決案例事實如下：**被告係杏林醫院之救護車司機，為從事駕駛業務之人，駕駛救護車搭載原告之父母二人，並由原告隨車陪同，自省立雲林醫院轉診至台北三峽恩主公醫院，沿中山高速公路由南往北行駛，途中發生車禍，致原告之父母二人均當場不治死亡。原告則受重傷。上情經台灣苗栗地方法院二次送請鑑定結果，均認被告駕駛路肩，未注意車前狀況為肇事原因，本件刑事部分並經台灣高等法院台中分院以 89 年度交上訴字第 1393 號，判處被告有期徒刑一年二月確定。原告主張被告係杏林醫院所僱用之救護車司機，其於執行業務之際，因過失致原告之父母於死，致原告受傷，杏林醫院即需與被告負本件連帶損害賠償責任。

杏林醫院以民法第 188 條第 1 項之規定，必也受僱人因執行職務不法侵害他人之權利，始由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任，易言之，須先確立行為人與僱主究竟有無僱用關係存在，始有所謂僱用人責任問題。被告自始至終均非杏林醫院之受僱人，只不過被告購買救護車時，礙於法令規定，無法以個人名義領牌，因此以杏林醫院名義領牌。況原告叫車時，主觀上即知其所叫之救護車係甲○○所經營之聖心救護車中心所有，且該救護車亦另噴有「聖心救護車中心」斗大之字體，並經常在省立雲林醫院排班。本件被告係獨立經營救護中心，根本非受杏林醫院僱用，杏林醫院對之更無監督問題，杏林醫院只不過借用購買救護車之資格予被告，實與一般所謂「靠行」不同。

但原告認被告係以杏林醫院之名義購買該救護車，並以杏林醫院名義參加營運，在外觀上屬於杏林醫院所有，本於交易安全之考量，杏林醫院自不得以其與被告間有何種內容約定，作為推卸僱用人責任之藉口。且目前在台灣經營交通事業之人接受他人靠行，出資人以該經營人之名義買車，並以該經營人名義參加營運，而向該靠行人收取費用，該車輛之司機係為該經營人服勞務，而使該經營人負僱用人之責任，以保護交易安全。

法院認為：「本件所應審究者厥為被告杏林醫院借名給被告甲○○購買救護車，是否應類推適用『靠行』關係中，經營名義之公司或行號所應負之損害賠償責任？按靠行之法律關係中，靠行者須付行費與被靠行之公司行號，靠行者始能以該公司或行號之名義買車，並對外營運，因被靠行者係有償接受靠行，對靠行者即負有監督管理義務，法律為保護交易安全，令其於靠行者發生事故時，對被害人負損害賠償責任。而本件被告杏林醫院，僅單純因法令上管理限制因素，借其名義予被告甲○○購買救護車，且該救護車上面除杏林醫院外，並噴有『聖心救護中心』等字，此為兩造所不爭之事實，被告亦於雲林醫院排班時，受僱搭載被害人，可見被告甲○○係個人經營該救護車。就被告杏林醫院而言，一則未收受甲○○任何靠行費用以為對價，一則實際上對被告甲○○亦無任何監督管理之權利或義務，其與所謂『靠行』之法律關係應有不同，若僅因法令為管理救護車之



方便，必須以醫院名義購買，即課該醫院以損害賠償責任，尚嫌苛刻。」（劃底線者為本文所加）因以上理由認杏林醫院不須負僱用人連帶責任。

## 二、90 年度上字第 180 號民事判決：非靠行

後來原告不服，對於 90 年度重訴字第 2 號民事判決提起上訴，法院作成了臺灣高等法院臺南分院 90 年度上字第 180 號民事判決，法院認為：「……系爭救護車僅係杏林醫院將其名義借給乙○○購買，已如上述，因此該車上除寫有杏林醫院外，另有寫聖心救護中心字樣於車上，令客戶以資辨別，猶以該救護車係在雲林醫院門前排班，而非專門載運杏林醫院之病患，業據證人即雲林醫院技士甲○○於本院供證稱：『我常看到他（指乙○○）在雲林醫院等救護』等語明確，雖該救護車外觀上有杏林醫院四個字，但上訴人主觀上已知悉其所叫之救護車，乃私人救護中心之車輛無疑。……按靠行之法律關係中，靠行者須付行費與被靠行之公司行號，靠行者始能以該公司或行號之名義買車，並對外營運，因被靠行者係有償接受靠行，對靠行者即負有監督管理義務，法律為保護交易安全，令其於靠行者發生事故時，對被害人負損害賠償責任。而本件被上訴人杏林醫院，僅單純因法令上管理限制因素，借其名義予被上訴人乙○○購買救護車，且該救護車上面除杏林醫院外，並噴有『聖心救護中心』等字，此為兩造所不爭之事實，被上訴人亦於雲林醫院排班時，受僱搭載被害人，可見被上訴人乙○○係個人經營該救護車。就被上訴人杏林醫院而言，一則未收受乙○○任何靠行費用以為對價，一則實際上對被上訴人乙○○亦無任何監督管理之權利或義務，其與所謂「靠行」之法律關係應有不同，若僅因法令為管理救護車之方便，必須以醫院名義購買，即課該醫院以損害賠償責任，尚嫌苛刻。」（劃底線者為本文所加）而認杏林醫院不須負僱用人連帶責任。

## 三、92 年度臺上字第 2680 號民事判決：客觀說

後來原告仍對於 90 年度上字第 180 號民事判決不服提起上訴，最高法院作成最高法院 92 年度臺上字第 2680 號民事判決：「按民法第一百八十八條僱用人責任之規定，係為保護被害人而設。故該條所謂之受僱人，非僅限於僱傭契約所稱受有報酬之受僱人，凡客觀上被他人使用為之服勞務而受其監督者，均屬之。查八十九年二月九日修正公布前之緊急醫療救護法第十五條規定救護車之設置，應向所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關申請許可登記；其許可登記事項變更時，亦同。設置救護車，以消防機構、衛生機關、醫療機構、護理機構、軍事機關、經省（市）衛生主管機關認定需要設置救護車之機構或公益團體為限；同法第十七條第一項規定救護車兩側漆紅色十字及單位名稱，第十八條至第二十一條則依序規定救護車隨車救護人員之最低標準、救護車之消毒及去污處理、收費標準、主管機關之檢查及設置救護車機構應配合檢查等事項。可見設置救護車

機構對於救護車設備維護、人員配置，依法均應負其責任。被上訴人縱係配合上述法律規定，將其杏林醫院名義借與甲○○購置救護車使用，惟其既為名義上之救護車設置機構，依法即對該救護車之設備、人員之配置負有維護及選任、監督之責。況該救護車上寫有杏林醫院等字，亦為原審所認定，則於客觀上，是否不足使他人認該救護車係杏林醫院即被上訴人設置，甲○○係為該醫院服勞務而受其監督？原審悉未加斟酌認定，已嫌疏略。……乃原審僅擷取證人所稱『常看到甲○○在雲林醫院等救護』乙語，及甲○○非專門載運杏林醫院之病患，即推論上訴人知悉其情，亦嫌率斷。……」（劃底線者為本文所加）因此廢棄原判決，發回更審。

#### 四、93 年度上更字第 7 號民事判決：非靠行、客觀說

高等法院隨後作成臺灣高等法院臺南分院 93 年度上更字第 7 號民事判決。高等法院認為：「……本件被上訴人既僅單純因法令上管理限制因素，借其醫院名義予原審同案被告周原德購買救護車，自亦無類推適用靠行關係中，經營名義之公司或行號所應負之損害賠償責任無疑。…第以最高法院前揭判決意旨，旨在保護不知情之被害人，以維交易之安全，苟被害人自始即悉所僱救護車之來源，主觀上即非不知情，要難有該最高法院判決意旨之適用。本件原審同案被告周原德所駕駛車牌 S 五一七二四七號之救護車，平日係在雲林醫院門前排班，車上除寫有『杏林醫院』外，另寫有『聖心救護中心』字樣，令客戶以資辨別，且原審同案被告周原德，於八十八年四月三十日，以系爭救護車載送簡辛江、簡林月春、及上訴人丙○○，乃因原審同案被告周原德在雲林醫院排班時，雲林醫院吳世昌技士告知其同事檢驗科主任辛○○之祖母，即死者簡林月春準備轉院至臺北縣恩主公醫院，原審同案被告周原德乃與辛○○聯絡，經聯繫後即由原審同案被告周原德駕駛系爭救護車，載送簡林月春及隨車之簡辛江、丙○○前往等情，既為兩造所不爭執，則縱證人辛○○於本審曾證稱：『我送祖父母他們上救護車，才看到車身有漆上杏林醫院之字樣』云云，惟證人辛○○既與被害人具有極其密切之祖孫關係，所為該部分證言已難免有偏頗之虞，且又身為雲林醫院之檢驗科主任，因長期在該醫院服務，對於在該醫院排班之系爭救護車係由何人經營管理，自應較常人易於辨別判斷，而不應將之與一般發生之交通事故同視，故該證言仍不足以動搖系爭救護車，係原審同案被告周原德獨力經營之認定，且證人辛○○主觀上亦應已悉其所叫之救護車，乃私人救護中心之車輛，而非被上訴人之救護車無疑。」（劃底線者為本文所加）

#### 五、94 年度臺上字第 2303 號民事判決：客觀說

上訴人不服 93 年度上更字第 7 號民事判決因而起上訴。最高法院作成最高法院 94 年度臺上字第 2303 號民事判決：「……惟查被上訴人既因法令限制，而

將其杏林醫院之名義借予周原德購買系爭救護車使用，即應負借名買車之責任，則於八十九年二月九日緊急醫療救護法第十五條修正公布前，甚至在中央衛生主管機關會商有關機關訂頒該條第五項所謂管理辦法前，被上訴人縱於本件車禍發生前半個月與周原德終止借名關係，是否得因此而免負上開借名買車之責任，尚非無疑。次查本件車禍之被害人係簡辛江等三人，並非證人簡毓芬，乃原審未於判決理由項下說明簡辛江等三人如何獲悉系爭救護車為周原德個人所經營之認定依據，僅以簡毓芬知悉該救護車非屬被上訴人之救護車，即謂簡辛江等三人明知系爭救護車為私人救護中心之車輛，難有本院五十七年臺上字第一六六三號之適用，亦嫌速斷。末查依八十九年二月九日修正公布前之緊急醫療救護法第十五條、第十七條第一項及第十八條至第二十一條之規定，名義上為系爭救護車設置機構之被上訴人，既對該救護車之設備及其人員之配置負有維護、選任及監督之責，加上系爭救護車外觀有「杏林醫院」字樣，在客觀上若足以使人認周原德係為杏林醫院即被上訴人服勞務而受其監督，則被上訴人就周原德過失行為所造成之損害，應否負僱用人之責任，自有推研之必要。」（劃底線者為本文所加）因此廢棄原判決，發回更審。

#### 六、95 年度上更（二）字第 3 號民事判決：客觀說

高等法院作成臺灣高等法院臺南分院 95 年度上更（二）字第 3 號民事判決，認為：「……被上訴人縱係因法令限制，僅將其杏林醫院名義，借予原審同案被告周原德自己購買系爭救護車使用，而該救護車上復噴有杏林醫院字樣，是就外觀而言，被上訴人有借與原審同案被告周原德營業名義之行為，仍具有選任之關係，且借與名義後仍可終止該借用關係，無形中對原審同案被告周原德之營業使用被上訴人名義，仍具有監督關係，徵諸前開最高法院之見解，被上訴人與原審同案被告周原德間，存有選任、服勞務及監督關係，與僱用無殊，應堪認定。……」（劃底線者為本文所加）並以無法證明被害人知悉系爭救護車為私人救護中心之車輛，而認杏林醫院應負僱用人連帶賠償責任。

在一連串對同一案例不同法院對其表示意見後，可知臺灣高等法院臺南分院與最高法院仍一致採取客觀說，僅對於事實認定不同。但對於該借名關係是否等同於一般之靠行關係，最高法院並未對此正式表示意見，然臺灣雲林地方法院與臺灣高等法院臺南分院均明確表達其非屬一般之靠行關係。對於借名關係之爭議，自緊急醫療救護法於民國 84 年立法後時有所聞，為杜絕爭議，後來於民國 89 年 1 月 14 日修法時，將「民間救護車機構」列入可設置救護車機構<sup>90</sup>，其立

<sup>90</sup> 民國 89 年 1 月 14 日修法之緊急醫療救護法第 15 條第 2 項：「設置救護車，以左列單位（以下稱設置救護車機構）為限：一、消防機關。二、衛生機關。三、醫療機構。四、護理機構。五、軍事機關。六、民間救護車機構。七、經直轄市或縣（市）衛生主管機關認定需要設置救護車之機構或公益團體。」



法理由為<sup>91</sup>：「……二、為有效管理民間救護車，以利傷病患運送與管理，並解決其違法靠行問題，爰於第二項增列第六款，開放民間救護車機構之設立。……」期望藉此減少此種借名申請購買救護車所造成的糾紛。

## 第二節 派遣階段

### 第一項 派遣階段之任務

各直轄市、縣（市）消防局依照緊急醫療救護法第 12 條之規定，設立救災救護指揮中心，二十四小時接受民眾申請緊急傷病患的緊急救護<sup>92</sup>，於通常情況、非大量傷病患的情形下，除了接受申請而指揮派遣專責救護隊或消防分隊的救護車與救護人員，到現場執行緊急傷病患的到院前緊急救護外，尚包括獲知緊急傷病患的年齡性別、目前現場位置或住址、目前傷病患的病況、病患所需要的救護資源與到院前的傷病諮詢<sup>93</sup>。接受申請指揮派遣救護車執行現場醫療救護的同時，如遇嚴重傷病患（如到院前心跳停止、重大創傷等），尚需連絡欲送往之醫療機構，請其預作準備來接手處置該病患。

派遣階段之國家賠償責任成立，有積極違背職務所造成者，如對緊急傷病患提供錯誤之緊急傷病諮詢；亦有怠於執行職務所造成者，如怠於派遣救護車。救災救護指揮中心啟動派遣為具公法性質之行政事實行為，此等法律性質並不因其所派遣的救護人員為公務員與否而易其性質。如派遣員對於行政助手之選任及指揮監督有欠缺，致第三人因行政助手的行為受有損害時，因派遣員為公務員，如該選任及指揮監督行為之欠缺符合國家賠償法之要件時，亦得請求國家賠償。

派遣階段之民事賠償責任，則須依當事人間之關係，而可能有債務不履行與侵權行為損害賠償責任之單獨成立或競合不同情形。但須思考是否同時有「適法之無因管理」或「緊急避難」阻卻違法事由之存在，與「緊急無因管理」之成立造成注意義務減輕的情形。

<sup>91</sup> 緊急醫療救護法修正沿革，立法院法律系統，[http://lis.ly.gov.tw/lgci/lglaw?@119:1804289383:f:NO%3DE02547\\*%20OR%20NO%3DB02547\\$11\\$\\$\\$PD%2BNO](http://lis.ly.gov.tw/lgci/lglaw?@119:1804289383:f:NO%3DE02547*%20OR%20NO%3DB02547$11$$$PD%2BNO)，拜訪時間：2010 年 8 月 11 日。

<sup>92</sup> 救災救護指揮中心接受民眾申請緊急救護業務，最常見的情形是打電話“119”，或是直接到各消防分隊，由消防分隊值班人員代為連絡。

<sup>93</sup> 如有需要，救災救護指揮中心之派遣員或護理師亦會用電話指導的方式指導現場民眾於救護人員到達前進行急救，如對於噎食的病患指導現場民眾施行哈姆立克法急救，或是對於無呼吸的病患指導民眾施行心肺復甦術。現場民眾此時因符合緊急無因管理之要件，僅於故意或重大過失時負責。



## 第二項 美國之派遣爭訟案例

美國派遣員之工作與我國相似。因為以上的工作業務性質，美國實務上關於派遣員的訟爭，一般皆聚焦在派遣員指揮派遣救護車到錯誤的位置或住址，及延遲或拒絕民眾的緊急救護申請導致的糾紛<sup>94</sup>。然而派遣員多免於侵權責任，原因主要有二：第一，法院於案件中採取了主權豁免（Sovereign Immunity），主張政府機關的人員僅限於故意或重大過失才須負責。第二，政府機關對於全體民眾具有給付基本且必要服務的一般義務，像是維持秩序、救火和緊急醫療救護，但對於個別的民眾卻無此義務。除非滿足了下列要件，政府機關對於特定民眾才有特別關係而須負義務<sup>95</sup>：

- 一、於一般觀念當中政府機關的某作為可能會影響該民眾。
- 二、政府機關瞭解不作為可能會造成傷害。
- 三、政府機關和該民眾有接觸。
- 四、該民眾合理地信賴該政府機關會有所作為給予幫助。

例如於 *Wanzer v. District of Columbia* 案例中<sup>96</sup>，民眾先後打兩通電話給兩位不同派遣員說他頭痛，但是兩位派遣員都建議先吃阿斯匹靈試試而未派遣救護車，隨後該民眾被發現是中風，美國法院以政府機關不知不作為可能會造成傷害而判決兩位派遣員無需負侵權責任。

## 第三項 我國之派遣爭訟案例

於我國的法院判決中，臺灣苗栗地方法院 96 年度苗國簡字第 1 號民事判決即發生民眾與苗栗縣消防局對於派遣是否有過失產生爭訟，其案例如下：原告之妻於民國 94 年 1 月間因罹患胃癌而前往為恭紀念醫院（下稱為恭醫院）治療，手術後於同年 3 月 30 日返家休養，嗣於同年 2 月 2 日上午因身體不適，乃由原告次子於同日上午 9 時 26 分撥打 119 報案電話，請被告所屬救災救護指揮中心（下稱指揮中心）派遣救護車載送原告之妻赴為恭醫院就醫，詎指揮中心值勤人員聲稱依規定僅可就近送往苗栗市內之大千醫院、協和醫院等急救責任醫院，雖經原告次子說明因原告之妻病歷存放於為恭醫院，請求載送至為恭醫院，並願自行付費，惟指揮中心值勤人員仍堅稱僅可就近送往苗栗市內醫院，倘有需要再由急救責任醫院辦理轉院手續，而未派遣救護車，雙方即結束通話；嗣指揮中心於 2

<sup>94</sup> *De long v. County of Erie*, 457 N.E.2d 717, 1983; *Johnson v. District of Columbia*, 580 A.2d 141, 1990.

<sup>95</sup> *Cuffy v. City of New York*, 513 N.Y.S2d 372, 1987.

<sup>96</sup> *Wanzer v. District of Columbia*, 580 A2D 127, 1990.

分鐘後回撥電話向原告次子詢問是否還需要救護車協助送醫，原告次子再次表明希望將原告之妻送往為恭醫院診治，指揮中心值勤人員仍堅持依規定送往就近急救責任醫院，原告次子考量原告之妻之病情，認為以送往為恭醫院診治為宜，乃回覆暫不需要派遣救護車，並改向為恭醫院申請救護車支援，然救護車自為恭醫院往返所需之車程時間遠比被告自大湖消防分隊（距原告住家約 300 公尺）直接派遣為長，致原告之妻延誤約 40 分鐘就醫，不幸於同日上午 10 時 50 分死亡。原告於起訴前業以書面向被告請求賠償，惟遭被告拒絕，爰依國家賠償法第 2 條第 2 項及第 9 條第 1 項規定，請求被告賠償原告精神慰撫金。

被告苗栗縣消防局則以原告次子表示欲將原告之妻送往為恭醫院救治，並向值勤人員回覆暫無需要派遣救護車，應屬報案受理條件不成立之無效案件，被告並未怠於執行職務。另依緊急醫療救護法第 29 條、緊急救護辦法第 5 條、苗栗縣衛生局 93 年度第 1 次緊急醫療救護諮詢委員會決議所劃分之苗栗區域救護區等相關法令，建議緊急傷患應以就近適當之醫院就醫，報案人聲稱患者情況緊急，卻捨棄就近之苗栗市區急救責任醫院，而選擇送往較遠之頭份為恭醫院，實與情理不合。

法院採取為恭醫院與台大醫院之醫療鑑定看法，認原告之妻之死亡與其延後 40 分鐘就醫之前提事實間，無相當因果關係存在。原告所陳關於被告指揮中心值勤人員受理報案後，是否未依上開相關法令所定程序將病患送往報案人指定之醫院，及有無怠於執行職務等事項，核與本件國家賠償事件之判決結果不生影響，已無再予調查審認之必要，而判決原告敗訴。

#### 第四項 評析

於美國派遣案例中，派遣員多免於侵權責任，原因之一在於法院採取了主權豁免（Sovereign Immunity），主張政府機關的人員僅限於故意（willful）或重大（gross）的過失才須負責<sup>97</sup>。維吉尼亞州之善良撒瑪利亞人法之適用範圍，亦擴及未收取報償之公立或非營利性緊急醫療救護單位派遣員，如其在意外事件中對傷者善意提供急難照護者，僅限故意或重大過失負責<sup>98</sup>。反觀於我國之國家賠償

<sup>97</sup> 民法第 175 條：「管理人為免除本人之生命、身體或財產上之急迫危險，而為事務之管理者，對於因其管理所生之損害，除有惡意或重大過失者外，不負賠償之責。」此為我國民法緊急無因管理之條文，緊急無因管理人僅限於惡意或重大過失時始負賠償責任，可供對照。

<sup>98</sup> 王宗倫，同註 65，頁 13。在英美法系國家，對於各種善意、不求回報的善行義舉，往往給予法律的保護，其通常透過「善良撒瑪利亞人法」或「善良撒瑪利亞人法則」之立法，明確釐清樂善好施者，應給予免於訴訟的權利。「善良撒瑪利亞人法」意指對於出於善意、不求回報的自願施救者，法律保障其免於訴訟之苦，即使施救過程存有瑕疵亦同。「善良撒瑪利亞人法則」，乃出於善意、不求回報的善行義舉者，能免於民事賠償責任或加工過失（contributory negligence）責任。但有兩個例外，一者為施救者的施救行為是不必要或非理性的，二者為施救者在施救過

法之有責的要件中，出於「故意」或「過失」<sup>99</sup>，即符合要件。此故意及過失之定義，通說認與民法第 184 條之故意與過失作相同定義<sup>100</sup>。而民法之「故意」，通說採取「故意說」，即認為須有違法性之認識，而違法性的錯誤當然排除故意，而為過失。此種民法通說當然有別於刑法故意之通說採「責任說」，其違法性的錯誤並不排除故意。國家賠償法與民法之過失，皆指怠於注意之一種心理狀態。至於是否疏於注意，應以一般盡職的公務員，在具體事件中所能注意及可期待其注意之程度為準判斷之。另外基於行政一體原則，上級長官如善盡監督之責，即可防止下級公務員之不法行為，因此是否有故意或過失，應就行政整體言之，即以「組織過咎」視之，不以作成行為之公務員個人有故意過失為限，亦不需指出有故意過失之公務員姓名<sup>101</sup>。由此可知，我國國家賠償法之有責要件，基於保護人民之權利，較美國之「主權豁免」要件為鬆，而非侷限於故意或重大過失始負國家賠償責任。

其次，美國法院亦認為政府機關對於全體民眾具有給付基本且必要服務的一般義務，像是維持秩序、救火和緊急醫療救護，但對於個別的民眾卻無此義務。此項理論與我國國家賠償法「對於第三人應執行之職務」之通說相似。我國國家賠償法之違背或怠於執行「對於第三人應執行之職務」，該職務亦須在保護第三人之利益，或除達成公共利益外，至少亦為第三人之利益而存在。如公務員所違背或怠於執行之職務義務，如僅在於維持公共利益或行政內部秩序，人民僅受有反射利益者，則尚不足構成對第三人應執行之職務<sup>102</sup>。

於我國派遣案例中，法院認原告之妻死亡與其延後 40 分鐘就醫之事實間，無相當因果關係存在，進而認其他事項對判決結果不生影響，已無再予調查審認之必要而判決原告敗訴。該判決內文節錄：「……所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形上，有此環境，有此行為之同一條件，均發生同一之結果者，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，若在一般情形上，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，則該條件與結果並不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係。而國家賠償責任之成立，以公務員不法之行為，與損害之發生，有相當因果關係為要件。苟有此行為，按諸一般情形，不適於發生此項損害，即無相當因果關係。行為與

---

程中作了非理性的決定或行為。「善良撒瑪利亞人法」或「善良撒瑪利亞人法則」之過失標準，皆多以「重大過失」為準據。

<sup>99</sup> 關於過失的舉證責任分配，究應由被害人負擔或由賠償義務機關負擔？學者吳庚認為依民法第 184 條第 2 項，違反保護他人之法律者，推定其有過失，國家賠償法第 5 條既有適用民法之規定，則自可用以解決此項問題。因此應由賠償義務機關及公務員提出反證，來推翻法律之推定。吳庚，同註 49，頁 763-764。

<sup>100</sup> 陳敏，同註 51，頁 1147。

<sup>101</sup> 陳敏，同註 51，頁 1147。

<sup>102</sup> 陳敏，同註 51，頁 1142。吳庚，同註 49，頁 766。



行為後所生之條件相競合而生結果，二者倘無必然結合之可能，行為與結果，仍無相當因果關係之可言；最高法院 48 年臺上字第 481 號判例、87 年度臺上字第 154 號判決、75 年度臺上字第 525 號判決意旨分別可資參照。」我國國家賠償法因果關係之通說與一般侵權行為同，採「相當因果關係說」<sup>103</sup>，而該判決採取通說見解。然而德國法院對於裁量瑕疵之相當因果關係之認定採嚴格態度，必也在具體之狀況中，公務員如為合義務之裁量，將為其他之決定時，該裁量瑕疵始與損害有因果關係之可言<sup>104</sup>。基於保護人民權利之立場，本文贊成採取「相當因果關係說」。況採取德國法院嚴格之因果關係，在具體狀況中公務員為合義務之裁量如僅能為此決定，而此決定與損害雖有相當因果關係，仍無國家賠償責任之適用，似將導致整體公務體系無法對於現行之法令規章導致人民受損害的缺陷有所警惕，造成法令規章之完備性進步遲緩；另一方面，合義務之裁量是否為其他決定，亦可放在有責之要件上判斷，而不需在是否有因果關係上衡量。

### 第三節 反應階段

#### 一、救災救護指揮中心啟動之反應

反應時間指救災救護指揮中心接受民眾申請緊急醫療救護的時間，到救護車到達現場的時間，此反應時間受到派遣員資訊詢問的技巧、救護車的設置位置、救護車設置機關間的協調、救護技術員的救護技巧、及救護車的行車速度有關，而因於我國主要為消防單位執行到院前救護，因此反應時間相關的因素，皆屬國家執行具公法性質救護行為的範疇。如反應時間過長，或是派遣不適當等級的救護技術員進行救護，因而造成傷病患之損害時，因其反應階段之行為仍為具公法性質之行政事實行為，故仍有國家賠償法之適用。

#### 二、非救災救護指揮中心啟動之反應

非救災救護指揮中心啟動之反應則為民法契約關係構成或相關連，類型已如前述。如於反應階段，因民間救護車營業機構或其僱用之救護人員故意過失行為或不作為造成損害時，可適用前述之類型化以債務不履行或侵權行為損害賠償請求權單獨或競合請求損害賠償。

<sup>103</sup> 司法院釋字第 469 號解釋理由書第 2 段參照。吳庚，同註 49，頁 765。

<sup>104</sup> 陳敏，同註 51，頁 1144。



### 三、美國之反應爭訟案例

在 *Overman v. Occoquan, Woodbridge, Lorton Volunteer Fire Department* 案例事實如下<sup>105</sup>：美國維吉尼亞州有個志工救護隊每天在凌晨的時候都會發生救護人手短缺的情況，但是派遣員卻沒有注意到這個問題，而未提早請求鄰近的救護隊援助人手，導致最後須出動緊急救護時卻無救護人員可派，因而造成其負責救護區域內的傷病患死亡。

另一個有關反應的案子是 *Malcolm v. City of East Detroit*<sup>106</sup>：派遣員派遣一個初級救護技術員（trained in first aid）前去救護一個胸痛的病人，但根據該地區之標準救護流程其實是應該派遣高級救護技術員（EMT-A）去的，但高級救護技術員卻沒有被派去而待在隊裡。在救護過程中這個病人心跳停止了，而該初級救護技術員儘管知道這個病人正在吸入嘔吐物，應該使用插管來保護呼吸道，但卻只能用甦醒球（bag-valve mask）來急救，因為他沒有插管權限。後來上訴法院判決該消防隊為惡意（willful and wanton），因此無法適用豁免法律（immunity law）的保護。

在 *Brook v. Herndon Ambulance Service, Inc* 的案子中<sup>107</sup>，該病患為學生，在上體育課的時候突然發生抽搐後心跳停止。高級救護技術員接到派遣通知後，卻無法找到正確的住址。之後找到了，但卻在救護過程中救護器材壞了，車子也拋錨在往醫院的路上。距離該學校 10 分鐘的路程就是一個消防隊，消防隊裡有救護人員及救護車，但該消防隊卻從頭到尾沒被通知要支援。法院判決該救護車公司敗訴。

### 四、我國之反應爭訟案例

我國與反應時間有關之案例為臺灣高雄地方法院 97 年度國字第 15 號民事判決：原告主張其住所房屋（下稱系爭房屋）發生火災（下稱系爭火災），訴外人戊○○發現後即撥打 119 通報火警，而被告所轄彌陀分隊距離系爭房屋僅約 500 公尺，竟於通報後 10 分鐘以上始派員抵達現場，且除出動 2 輛消防車外，並無救護車隨同到場待命救援。又戊○○及訴外人即原告之父張福全於被告派遣人員抵達現場後，立即告知有訴外人即被害人受困系爭房屋 2 樓，現場民眾亦呼喊有幼童受困火場，然被告派遣人員不但未立即予以救援，且於火勢獲得控制，原告

<sup>105</sup> *Overman v. Occoquan, Woodbridge, Lorton Volunteer Fire Department*, District Court, 90-42A, 1990.

<sup>106</sup> *Malcolm v. City of East Detroit*, 447 A.2d 860, 1989.

<sup>107</sup> *Brook v. Herndon Ambulance Service, Inc.* 475 A2d 1319, 1985.

乙○○欲進入火場搜救被害人，亦遭被告派遣人員以台電公司尚未派人前來斷電為由，阻擋進入，適訴外人即被害人外公張萬福抵達現場，乘隙進入系爭房屋將被害人救出，原告發現被害人仍有微弱呼吸、心跳，四處找尋救護車欲將之送醫，詎現場均無救護車待命，幸由訴外人即義消己○○以機車將抱著被害人及原告載至彌陀分隊，然當時僅餘 1 名警消在場可駕駛救護車，並無其他救護人員可隨車於途中對被害人進行急救，原告即央求己○○隨同前往醫院，惟被害人仍因吸入過多濃煙而於到院前死亡。

原告主張被告為消防機關，於火災發生時負有搶救及緊急救護之職務，然於戊○○通報而知悉系爭火災後，逾 10 分鐘以上始抵達現場，嚴重延宕救災時間，且未及時派員進入火場搜救被害人，又未派遣救護車輛到場待命救援。救護車執行救護任務亦未依規定設置至少 2 名救護人員之過失，導致被害人死亡。從而，被告自應依國家賠償法第 2 條規定，負賠償責任。且原告於 97 年 1 月 7 日向被告請求國家賠償，經被告於 97 年 2 月 5 日拒絕賠償。爰依國家賠償法第 2 條第 2 項之規定，提起本件訴訟。

被告則以系爭火災初期，火勢異常猛烈，即使消防人員身穿消防衣，亦不能在火勢控制前直接進入火場，故不得僅以消防人員於火勢控制後始進入火場，即謂被告有未及時派員進入火場搜救之過失。再者，戊○○通案火警時，並未告知有人員受困系爭火災內，則被告根據民眾報案內容，僅先派遣消防車前往搶救滅火，而未派遣救護車隨同到場待命救援，係因應當時情況之處置，即無疏失；嗣訴外人即被告現場指揮官得知系爭火災內有人員受困後，隨即聯繫系爭指揮中心，請求派遣救護車到場支援，是被告於知悉有人員受困後，確有採取立即請求支援之應變措施，自不能僅以消防人員搶救速度快於救護車抵達時間，即謂有未派遣救護車到場待命救援之疏失。

法院以證人證詞認被害人於被救出時仍有心跳；另外，並認為：「……被告雖辯稱於救災過程中，已聯繫請求系爭指揮中心支援救護車，然系爭火災現場自始至終均無任何救護車前來，此為被告所是認，被告亦未提出任何證據證明，確有向系爭指揮中心請求支援救護車，以實其說。從而，被告辯稱於救災過程中，已請求系爭指揮中心支援救護車云云，應屬無據。是被告就應執行之職務而怠於執行，其有過失甚明。…依直轄市縣市消防機關救護車輛裝備人力配置標準第 7 條規定：「救護車輛出勤執行緊急救護任務，每車至少應有救護人員 2 名」……該救護車僅有救護人員 1 名，被告亦有未於救護車備置救護人員以為急救措施之過失行為。……此有怠於派遣救護車到場及未於救護車備置救護人員之過失與張均豪死亡結果間具有相當因果關係。」從而，判決被告依國家賠償法第 2 條第 2 項規定應負損害賠償責任。（劃底線者為本文所加）

## 五、評析

於我國及美國的爭訟案例中，均有救護人手不足時並未請求支援，導致傷病患受有損害，因此而負損害賠償責任。於美國 *Overman v. Occoquan, Woodbridge, Lorton Volunteer Fire Department* 的案例中，因無足夠的救護人員導致傷病患無法接受緊急救護；於我國 97 年度國字第 15 號民事判決中，原告抱著奄奄一息的孩童前往消防隊後，卻發現該消防隊僅有一名警消，使得該警消開救護車時，該病童於救護車內無法接受緊急救護，因此違反緊急醫療救護法第 18 條救護車於救護傷病患及運送病人時，應有救護人員二名以上出勤之規定，造成有因果關係之損害，而有國家賠償責任之適用。由此可知，兩國法院均無法接受救護人力不足之問題。我國救護人力捉襟見肘，政府對此應予正視，本文以為應給予足夠之緊急救護經費，如地方政府財力不足時，中央政府應給予補助；除此之外，應有適當之分隊互相支援計畫，避免當緊急傷病患急待援助時，而無救護人員及救護車前往救護而有國家賠償責任之問題。

派遣不適當之救護技術員等級前往現場執行救護，在美國已發生爭訟，但在我國卻仍未發生，思索主要的原因，乃在於我國之緊急救護目前仍於起步階段，高級救護技術員之比例不多，加上目前我國對於救護技術員現場執行較具侵犯性之緊急救護行為之信心仍為不足，因此開放其於現場能使用之醫療器材與藥品仍少，導致每位救護技術員儘管等級不同，但其所能執行之緊急救護項目相差不多。另一方面，民眾目前對其亦無強烈要求其需於現場實行緊急救護，僅求快速送往醫院。某針對桃園縣民眾而作的意見調查發現<sup>108</sup>，一般民眾對於桃園縣政府消防局執行到院前緊急醫療救護服務品質方面最重視「送醫途中救護車依規定開啟警報器與警示燈」、「送達醫院時與醫護人員清楚交接病情資料」及「送往醫院前與醫院事先聯繫準備」等三個項目，而非「救護人員均具有 EMT 證照」、「現場救護人員的工作態度認真」、「各項救護處置均能正確執行」等要求救護人員專業救護之項目，民眾只求快速送往醫院，而不在意救護技術員現場救護的心理，在此調查中可見一斑。但本文相信於日後開放救護技術員於現場能使用之醫療器材與藥品日益增多後，不同等級之救護技術員所能實行之救護項目差異愈大，類似之爭訟將在我國發生，應深以為戒，未雨而綢繆。救災救護指揮中心應對於正確派遣適當等級之救護人員前往救護加以重視，而不因目前對於高級救護技術員所能執行之項目，與中級救護技術員差異仍小而怠忽遵守派遣標準作業流程派遣正確等級之救護技術員<sup>109</sup>，以因應未來高級救護技術員之救護項目與醫療行為漸

<sup>108</sup> 鄭安平，消防機關到院前緊急醫療救護服務品質之評估研究—以桃園縣為例，中央警察大學消防科學研究所碩士論文，2004 年。

<sup>109</sup> 於地方政府之派遣手冊中均有對於何種場景下須派遣高級救護技術員之規定。舉例來說，於台北市政府消防局緊急醫療救護派遣手冊中，對於傷病患因呼吸問題而請求 119 救護時，如傷病患有下列情況，則須派遣高級救護技術員前往現場執行緊急救護：呼吸困難，年紀大於 35

行開放之趨勢。



---

歲，且合併下列條件之一：病史有氣喘病、胸痛胸悶、意識不清、膚色發紫。見台北市政府消防局緊急醫療救護派遣手冊，頁 14，2 版。



## 第四章 現場救護與送往醫院階段損害賠償責任之成立

### 第一節 現場救護階段

救護人員隨救護車到達現場後，便開始執行緊急救護行為。雖救護人員包含醫師、護理人員和救護技術員三種，但因絕大多數之救護人員皆為救護技術員，故可藉由觀察法規對於救護技術員之相關規定，來了解救護人員所採取的救護措施。緊急救護辦法第 3 條第 1 款規定：「緊急救護：指緊急傷病患或大量傷病患之現場急救處理及送醫途中之救護。」緊急醫療救護法第 26 條規定：「救護技術員施行緊急救護，以下列地點為限：一、緊急傷病或大量傷病患之現場。二、送醫或轉診途中。三、抵達送醫目的醫療機構而醫護人員尚未處置前。」同法第 27 條：「救護技術員應依緊急傷病患救護作業程序，施行救護。前項緊急傷病患救護作業程序，由直轄市、縣（市）衛生主管機關定之。」同法第 29 條：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」緊急救護辦法對於救護技術員的執行業務，也有相類似的規定<sup>110</sup>。

依前述法規，救護技術員僅能在緊急傷病患或大量傷病患之現場、送醫途中、抵達送醫目的醫療機構而醫護人員尚未處置前的時間中，依據當地直轄市、縣（市）衛生主管機關制定的緊急傷病患救護作業程序執行救護醫療業務<sup>111</sup>，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構或急救責任醫院。然而有爭論的問題是，緊急救護行為是否為醫療行為？如緊急救護行為屬醫療行為，是否有觸犯醫師法第 28 條而構成俗稱密醫罪之可能性？

### 第一項 緊急救護與醫療業務

#### 第一款 醫療行為之定義

所謂醫療行為，有廣義與狹義之定義。狹義之醫療行為，又稱「臨床醫療行為」或「治療目的性之醫療行為」。廣義之醫療行為，則包含「治療目的性之醫療行為」、「實驗性醫療行為」與「治療目的性以外之醫療行為」。衛生署於民國 65 年 4 月 6 日發布衛署醫字第 10788 號函：「凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺或保健為直接目的，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，所為處方或用藥等行為之全部或一部分的總稱為醫療行

<sup>110</sup> 緊急救護辦法第 5、9 條參照。

<sup>111</sup> 該緊急傷病患救護作業程序為緊急醫療救護法第 27 條授權直轄市、縣（市）衛生主管機關而訂立，性質上屬「適用法律之法規命令」。

為。」此解釋函令即為狹義醫療行為之定義。而「實驗性醫療行為」又稱為人體試驗，根據醫療法第 8 條之定義，為「醫療機構依醫學理論於人體施行新醫療技術、新藥品、新醫療器材及學名藥生體可用率、生體相等性之試驗研究」。而「治療目的性以外之醫療行為」，則係指其他不以治療疾病為目的所為的醫療行為，如非疾病的美容、整形手術等等。

## 第二款 緊急救護屬醫療業務

根據緊急救護辦法第 3 條第 1 款之定義，緊急救護係指緊急傷病患或大量傷病患之現場急救處理及送醫途中之救護。因我國執行緊急救護之任務主要為救護技術員，緊急醫療救護法第 24 條規定救護技術員得施行之救護項目，由中央衛生主管機關定之。此外並須依緊急傷病患救護作業程序，施行救護<sup>112</sup>。而觀察衛生署依緊急醫療救護法第 24 條第 2 項規定訂定之「救護技術員管理辦法」發現，中級救護技術員可實行的項目包括了周邊血管路徑之設置及維持給予葡萄糖（水）、乳酸林格氏液或生理食鹽水、使用喉罩呼吸道等等<sup>113</sup>；而高級救護技術員則包含了依預立醫療流程執行注射或給藥、施行氣管插管、電擊術及使用體外心律器等<sup>114</sup>。由此可知，救護技術員所執行的緊急救護行為屬於衛生署函釋之「狹義醫療行為」，為醫療行為之一部。而業務之定義，依照最高法院 29 年臺上字第 2264 號及最高法院 43 年臺上字第 826 號判例，是指以繼續的意思，反覆為同種類的行為目的之社會活動而言。而業務包括主要業務與其附隨的準備工作與輔助事務在內，但是附隨的事物並非漫無限制，必須與其主要業務有直接、密切的關係者，才可包含在業務概念中，而認為屬於業務的範圍<sup>115</sup>。救護技術員無疑是以繼續的意思，反覆為緊急救護行為，而緊急救護係屬醫療之一部，故救護技術員之緊急救護屬於醫療業務。

但醫師法第 28 條規定：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。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、合於第十一條第一項但書規定。四、臨時施行急救。」根據該條第 2 項規定，護理人員法第 24 條規定護理人員應在醫師之指示下執行醫療輔助行為<sup>116</sup>，而醫事檢驗人員之業務

<sup>112</sup> 緊急醫療救護法第 27 條第 1 項參照。

<sup>113</sup> 詳見救護技術員管理辦法第 10 條規定。

<sup>114</sup> 詳見救護技術員管理辦法第 11 條規定。

<sup>115</sup> 最高法院 89 年臺上字第 8075 號刑事判例。

<sup>116</sup> 護理人員法第 24 條：「護理人員之業務如左：一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。」醫療主要行為，包括診斷、處方、手術、施行麻醉及病歷記載等，則應由醫師親自執行。

規定，原規定於內政部在民國 56 年 7 月 1 日訂定發布之「醫事檢驗人員管理規則」第 10 條與第 11 條，後規定於民國 89 年 2 月 3 日總統令發布「醫事檢驗師法」之第 12 條與第 17 條，進而同年廢除「醫事檢驗人員管理規則」，該管理規則之位階為「法規命令」。於「醫事檢驗師法」第 12 條與第 17 條中，分別規定了醫事檢驗師與醫事檢驗生之業務，並於各該條規定醫事檢驗師(生)執行業務，應依醫師開具之檢驗單為之，以求符合醫療法第 28 條第 2 項「在醫療機構於醫師指示下」之規定。反觀我國救護技術員得執行之「醫療業務」，僅規定於緊急醫療救護法第 24 條，並以立法空白授權的方式，將得施行的救護項目授予中央衛生主管機關定之。除此之外，另以緊急醫療救護法第 27 條，規定救護技術員應依緊急傷病患救護作業程序，施行救護，而將緊急傷病患救護作業程序的制定，空白授權由地方衛生主管機關定之。

因此，內政部消防署對其所屬救護技術員是否能執行緊急醫療行為存有疑義，因而導致消防署之見解與臺北市消防局之見解有不同調之情況。內政部消防署因臺北市消防局針對該署 97 年第一次擴大消防業務會報決議或裁示不符合臺北市現況之檢討說明，於民國 97 年 3 月 6 日發文消署護字第 0970700032 號給各縣市消防局，要求各消防局停止高級救護技術員侵入性醫療行為之救護處置。該內文節錄如下：「……二、查依緊急醫療救護法第 13 條規定：『直轄市、縣(市)消防主管機關應依……，劃分救護區，並由救護隊或由消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務。』及消防法第 24 條規定：『直轄市、縣(市)消防機關應依……；救護隊應配置救護車輛及救護人員，負責緊急救護業務。』故消防機關僅係執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務，不涉及緊急醫療範疇，且緊急醫療救護法第 18 條有關加護救護車出勤之救護人員亦未規範需為高級救護技術員。三、另因由消防機關救護人員單獨執行侵入性醫療行為，仍有下列疑義，本署業另案函請行政院衛生署確立消防機關高級救護技術員對侵入性醫療行為執行之合法定位：依醫師法第 11 條第一項規定：『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。』因此，消防機關部份救護人員雖具高級救護技術員資格，但在未有醫師、護理人員隨車或由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師以通訊方式詢問病情、診察之情形下，僅由消防人員依據預立醫囑執行侵入性醫療行為，其合法性有待商榷，且緊急醫療行為亦非消防機關權責，而消防機關救護人員執行緊急救護工作所為侵入性醫療行為之合法性，亦非預立醫囑所能涵括。(二)另查中央法規標準法第 5 條亦規定人民之權利、義務者應以法律定之，如有法律授權訂定子法者，其相關執行事項亦須符合明確性原則。而規範高級救護技術員在醫師預立醫囑下施行救護項目，其所依據之規定為『救護技術員管理要點』，上開要點僅係行政規則，若由消防機關救護人員依據上開行政規則所定預立醫囑



單獨執行侵入性醫療行為，有違法律保留原則，且僅由醫療指導醫師於事後在救護紀錄表核簽，倘因消防機關救護人員故意或過失導致緊急傷病患死亡，而醫療指導醫師拒絕核簽，將衍生國家賠償及責任歸屬問題。四、綜上，在本案未確定前，為避免消防機關高級救護技術員因執行上開侵入性醫療行為成為被告，請 貴局自即日起停止高級救護技術員侵入性醫療行為之救護處置。」（劃底線者為本文所加）

### 第三款 救護技術員管理辦法不抵觸醫師法

憲法第 15 條規定：「人民的生存權、工作權及財產權，應予保障。」我國司法院大法官釋字第 538 號進一步指明憲法上保障的工作權具有自由權之性質。然對於職業自由的限制，德國聯邦憲法法院認為執行職業之自由與選擇職業之自由權形成一體性基本權，對該等權利之限制程度可區分成三個階段，學者以三階段理論稱之<sup>117</sup>。在該理論之第二階段中，乃針對選擇職業自由主觀要件而言。此所稱主觀要件，係指個人欲選擇某一職業之前，本身應具備某些專業資格或能力，依據工作自由的原則，人民雖有選擇各種職業之自由，然國家於特種事業，倘因其關係公共安全與秩序，或因其關係人民之衛生與健康，得規定須具有特殊資格者，始准加入該行業，同時以法律限制該行業之業務不得為其他人所執行，此種行業門檻規定始有意義。

於醫師法第 28 條規定未取得合法醫師資格不得擅自執行醫療業務者，旨在為保障病人之生命、身體、健康為目的，促進公共利益，而規定具有醫師資格者，始能實行醫療業務。但因醫療機構日益龐大，醫事人員日漸分工，因此有團體醫療行為的概念產生，故於醫師法第 28 條但書第 2 項規定，護理人員、助產人員或其他醫事人員得執行醫療業務，但須滿足「在醫療機構」、「於醫師指示」兩要件。如「在醫療機構外」，則僅限於「山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形」，由指定之醫師，以通訊方式詢問病情並囑由「護理人員、助產人員」執行治療；或「臨時施行急救」。

如按照救護技術員管理辦法的規定，救護技術員所執行之緊急救護為醫療業務，已如前述。而救護技術員所執行緊急救護之場所，僅限於「緊急傷病或大量傷病患之現場」、「送醫或轉診途中」、及「抵達送醫目的醫療機構而醫護人員尚未處置前」<sup>118</sup>，多在「醫療機構外」。但因救護技術員非護理人員及助產人員，故其亦不符合醫師法第 28 條但書第 3 項規定，唯一其可執行醫療業務之時機，在目前的法條架構下，僅有在「臨時施行急救」的場合下，救護技術員始可執行「救護技術員管理辦法」所規定之緊急救護行為。如在非「臨時施行急救」的場

<sup>117</sup> 法治斌、董保城，憲法新論，頁 253，2008 年 9 月 3 版。

<sup>118</sup> 緊急醫療救護法第 26 條參照。



合下，亦非由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫療指導醫師以通訊方式詢問病情、診察之情形下，僅由消防人員依據預立醫囑執行侵入性醫療行為，因其不符合第 28 條但書第 3 項規定，自有醫師法第 28 條本文密醫罪之適用，此為內政部消防署之憂慮。

訂立「臨時施行急救」執行醫療業務免罰之但書規定，其目的是在鼓勵人類互助精神與善行義舉，對於有急迫生命危險之人伸出援手，一般民眾均得為之<sup>119</sup>。因此如對於「臨時施行急救」的定義過份寬鬆，恐有架空僅合法醫師始能執行醫療業務本文規定之虞。而在此要件下，救護技術員能施行醫療行為的時機又與一般民眾相同，似乎導致救護技術員比一般民眾接受較多的救護教育訓練，有浪費之嫌。於一般思考下，救護技術員接受較多之救護訓練，是要比一般民眾有更多的機會場所來施行救護，否則為何需辛苦接受訓練？因此如於醫師法的規範下，救護技術員制度與緊急救護勢必有窒礙難以推動之情況。

然而緊急醫療救護法為救護技術員之特別法，自優先於醫師法。因此由緊急醫療救護法第 24 條第 2 項為授權母法而訂立的「救護技術員管理辦法」雖與醫師法之規範不同，不生因牴觸而無效之問題。「救護技術員管理辦法」為一法規命令。所謂法規命令，是行政部門基於法律之授權，對多數人民就一般事項所制定之普遍抽象的法規範<sup>120</sup>。其又分作「依從法律之法規命令」與「適用法律之法規命令」。「適用法律之法規命令」指法律為達成特定之目的而授權主管機關，在一定之要件、程式及形式下，配合不同之時空需要，以普遍抽象之命令或禁止，直接為法律之適用。緊急醫療救護法為達成各級救護技術員之管理，及訂立應配合措施及其他應遵行事項之目的，授權中央衛生主管機關以辦法來直接為法律之適用<sup>121</sup>，為「適用法律之法規命令」。

行政程序法第 151 條規定：「法規命令，有下列情形之一者，無效：一、牴觸憲法、法律或上級機關之命令者。二、無法律之授權而剝奪或限制人民之自由、權利者。三、其訂定依法應經其他機關核准，而未經核准者。法規命令之一部分無效者，其他部分仍為有效。但除去該無效部分，法規命令顯失規範目的者，全部無效。」然為基於法律安定之考量，仍需有權機關予以廢棄始歸於無效<sup>122</sup>。本文以為「救護技術員管理辦法」依據緊急醫療救護法為授權母法而訂定，該法為

<sup>119</sup> 臺灣高等法院 95 年度醫上字第 15 號民事判決有類似見解。

<sup>120</sup> 行政程序法第 150 條第 1 項規定：「本法所稱法規命令，係指行政機關基於法律授權，對多數不特定人民就一般事項所作抽象之對外發生法律效果之規定。」

<sup>121</sup> 緊急醫療救護法第 24 條，於民國 96 年 6 月 8 日修正時之立法理由節錄為：「第二項授權所定之救護範圍與原條文第二十四條有重複之處，為立法簡潔併保留彈性，爰將原條文第二十四條併入第二項以授權辦法規定之。另本項所稱應配合措施，將建立救護技術員通訊指導（on-line medical control）之機制。」

<sup>122</sup> 陳敏，同註 51，頁 539。行政法院 48 年判字第 59 號判例亦採取此立場。見吳庚，同註 49，頁 287。

救護技術員之特別法，因此儘管規定之內容與醫師法有所抵觸，但不因此抵觸而無效。申言之，救護技術員之緊急救護行為於符合緊急醫療救護法限定之場景中執行時<sup>123</sup>，自得優先適用緊急醫療救護法及救護技術員管理辦法，不受醫師法之限制。

內政部消防署於該行政指導函釋中對於「救護技術員管理辦法」具有違反醫師法之疑義，按照適用於該法規命令之機關得自行研究判斷原則下，另案請行政院衛生署予以研究判斷，如行政院衛生署見解與內政部消防署適用同一命令所表示之見解有異時，亦得聲請大法官統一解釋。

然而要再強調的是，救護技術員如按照緊急傷病患救護作業程序施行救護，自無違法之虞。例外如該地方政府所制定之救護作業程序與衛生署制定之「救護技術員管理辦法」裡所規定之救護項目有所抵觸時，根據中央法規標準法第 11 條及行政程序法第 158 條第 1 項第 1 款規定，其因抵觸上級機關之命令而無效。此時如屬公務員之救護技術員於執行公法上救護任務的過程中，仍為該因抵觸上級機關命令而無效之救護項目，雖救護技術員本身對於按照該救護作業程序之執行無故意過失，但基於行政一體，是否有故意或過失，應就行政整體言之。儘管為基於法律安定之考量，抵觸上級機關命令而無效之救護作業程序仍需有權機關予以廢棄始歸於無效，但於國家賠償之訴訟程序中，法院得就該事件附帶審查考慮適用的命令是否合法，審查的結果如認為命令違法，則可拒絕適用於該受理的國家賠償案件，而可能可以使國家賠償要件成立。人民對確定終局裁判所適用之命令，發生有抵觸憲法之疑義者，亦可聲請釋憲。如經司法院大法官解釋為違憲而宣告無效者，則得以該解釋為再審或非常上訴之理由<sup>124</sup>。

## 第二項 現場的評估

在美國許多關於無運送 (nontransport) 案件發生的原因，均在於救護技術員於現場未詳細評估傷病患的病情，就拒絕其運送至醫院的要求，或向病人勸說其不必到醫院去，而這些行為通常亦違反了當地之標準救護作業程序<sup>125</sup>。如果醫療指導醫師未訂立良好足夠的救護作業流程，來防止傷病患未經過詳細評估就被遺留在現場，醫療指導醫師亦可能負有侵權責任。於我國之緊急救護實務中，絕少發生救護人員拒絕運送傷病患至醫院，讓傷病患遺留現場之情事。兩國有如此不

<sup>123</sup> 緊急醫療救護法第 26 條：「救護技術員施行緊急救護，以下列地點為限：一、緊急傷病或大量傷病患之現場。二、送醫或轉診途中。三、抵達送醫目的醫療機構而醫護人員尚未處置前。」

<sup>124</sup> 司法院釋字第 185 號解釋。

<sup>125</sup> Holroyd B, et al, *Prehospital Patients Refusing Care*, ANN. EMERG. MED. 17, 957-963 (1988); Selden BS, et al, *Medicolegal Documentation of Prehospital Triage*, ANN. EMERG. MED. 19, 547-551 (1990).

同的狀況，在於到院前緊急救護給付之差異：美國的緊急救護費用由美國健保（HMOs）和私人保險公司所給付，而美國健保和私人保險公司鼓勵救護人員於現場評估傷病患是否不須運送到醫院去，因為如不須運送到醫院去，美國健保和私人保險公司僅須給付評估費用而不須給付運送費用，這樣可以達到省錢的目的。

反觀我國目前絕大多數之緊急救護均由當地消防機關或其所屬專責救護隊人員所執行，地方政府並無誘因鼓勵救護人員進行評估是否運送，另一方面為儘量消弭紛爭，而採取寬鬆的運送政策，致使兩國的情況不同。

美國案例 *Wright v. City of Los Angeles* 為救護技術員拒絕送傷病患至醫院的案例<sup>126</sup>。案例事實如下：警方發現一個人躺在路邊因而啟動緊急醫療系統，看起來該路倒之人似乎剛經歷過一段爭吵。到達現場的救護技術員僅作了粗略的評估，就認為該病患不須接受救護車運送至醫院去，因為他認為該病患僅為酒醉。但事實上該路倒之人正經歷鐮刀型貧血危機（sickle-cell crisis）。該救護技術員下決定後並無聯絡線上指導醫師來確認其決定是否正確。待救護車離開後幾分鐘，該病人發生心跳停止。法院認為救護技術員若有執行標準評估，他應該能發現該病患需要立即的醫療。但該救護技術員在當時卻連少量的照顧（a scant amount of care）都沒作好，極端偏離救護技術員照護的標準（extreme departure from the standard of care for a paramedic）。因此法院認此行為為重大過失（grossly negligent）而無主權豁免的適用<sup>127</sup>。

另一個案例為救護技術員拒絕送傷病患至醫院引起爭訟的案例<sup>128</sup>：有一位35歲的男性因為打籃球後胸痛啟動緊急醫療系統。由於病人的年紀不大、目前也沒有定期服用任何藥物，而在現場該男性外觀看起來因為打籃球筋疲力竭，因此到達現場之救護技術員認為其胸痛並不是心臟原因所造成的。所以救護技術員並未將其送到醫院，而從現場離去。等到離去後數分鐘，該男性突然心跳停止，救護人員立刻回到現場進行急救，但卻無法救回該男性。後來該救護技術員所屬之地方政府僅因主權豁免（Sovereign immunity）而免負侵權責任。

另一個特殊的案例，美國法院認為緊急醫療系統與病患接觸的時點，和病患死亡時點的間距，並不一定要非常短。在 *Hialeah v. Weatherford* 的案例中<sup>129</sup>，病患的太太啟動緊急醫療系統請求援助。待救護技術員到達現場時，病患全身赤裸

<sup>126</sup> *Wright v. City of Los Angeles*, 268 A. 2d 309, 1990.

<sup>127</sup> 國家豁免(Governmental immunity)，又稱主權豁免(Sovereign immunity)，使政府侵權行為的成立僅限於故意(willful)及重大過失(gross negligence)。因有些緊急醫療救護機構隸屬於地方政府之分支，故受到國家豁免之保護。

<sup>128</sup> *Green v. City of Dallas*, 665 S.W. 2d 567, 1984.

<sup>129</sup> *Hialeah v. Weatherford*, 466 So. 2d 1127, 1985.



且成恍惚 (stuporous) 的狀態。儘管病患太太不斷請求，救護技術員仍決定不運送他到醫院。過了一天之後，該病患太太再次啟動緊急醫療系統，這次病患被送往醫院去，然而到達醫院不久後就過世了。法院認為儘管病患太太第二次啟動緊急醫療系統的時間亦有耽擱，但第一次救護技術員拒絕運送的事實仍為病患死亡的近接原因 (proximate cause)，因而判決該救護車機構須負損害賠償責任。

美國有一個是關於病患拒絕運送的案子<sup>130</sup>。病患的朋友啟動緊急醫療系統，因為發現病患拔完牙後大量出血。救護車到達現場後，發現病患很明顯是喝醉了，也的確是大量出血，但是他態度堅決且持續地拒絕檢查和治療。因此救護技術員並無運送他到醫院去。後來病患的朋友過了 20 分鐘又再打一次“911”啟動緊急醫療系統，但是派遣員卻拒絕再派救護車去。上訴法院拒絕被告的辯駁，認為主權豁免並無法適用，另外法院亦認為因為重覆地打電話請求援助，該地方緊急醫療系統此時對病患形成了一個特別責任 (special duty)。

由以上的案例可知，美國法院判決是否有故意或重大過失的主要決定因素在於偏離標準照護的程度。但於我國如何界定某救護人員之救護具有過失？

我國執行緊急救護人員分為：(1) 執行具公法性質之救護行為，由救災救護指揮中心所派遣，隸屬於消防機關之救護人員，與 (2) 隸屬於民間救護車設置機構，為履行委任契約而執行救護行為之民間救護人員。又因救護人員之等級因所接受的救護訓練長短與內容不同，而可分為初級、中級與高級救護技術員，而其救護專業技術與可實施之救護項目亦有所差別。本文以為，如該救護人員為執行具公法性質之救護行為，則應以「一般盡職之該等級公務救護技術員，在該具體的救護場景中，客觀地依當地該等級標準救護流程的規定下，是否能注意及可期待其注意的程度」來判斷其是否疏於注意而有過失<sup>131</sup>，再依其客觀上因疏於該注意而作為亦或不作為某種救護項目，於當地該等級標準救護流程下、國內救護常規下、實證醫學下是否屬於嚴重背離救護標準，而判斷是否為重大過失<sup>132</sup>。換句話說，即以「當地該等級標準救護流程的規定」為照護標準，再以「一般盡職之該等級公務救護技術員」為注意義務之程度，而按國內之通說，國家賠償故意過失之定義與民法第 184 條相同，因此可推衍出於執行具公法性質救護行為之公務救護人員，其注意義務類似民法之抽象輕過失之概念，蓋該救護人員如已接受專業之該等級救護技術員訓練，如已盡其緊急救護之職守，其與其他民間該等級之救護技術員所應執行之項目與能注意的程度並無不同。

<sup>130</sup> St. George v. City of Deerfield Beach, 568 So. 2d 931, 1990.

<sup>131</sup> 學者陳敏認國家賠償法有責要件中，過失之注意義務標準，應以一般盡職之公務員，在具體事件中所能注意及可期待其注意之程度為準判斷之。本文脫胎衍生之。陳敏，同註 51，頁 1147。

<sup>132</sup> 因並非當地之標準救護流程均能涵蓋各種救護場景，雖不能涵蓋之場景不多且可能性不高，但如發生時亦須依賴國內救護常規與實證醫學而為補足，為之判斷。



基於保護人民之權利，我國國家賠償法之有責要件，較美國之「主權豁免」要件為鬆，僅有過失就可能成立國家賠償責任，前已述及。但如符合過失而致使國家賠償成立後，國家亦僅能對具有故意或重大過失，屬公務員身份之救護技術員求償，故判斷是否為故意或重大過失，亦有其必要。然而在此必須要釐清者，在於地方政府實行緊急救護之標準，應「整體」視之是否符合由機關代表、救護專家、法律專家、與民眾代表所制定之當地標準救護流程所形成的標準，如發生類似像前述之美國反應爭訟案例 *Malcolm v. City of East Detroit*，應派遣高級救護技術員前往救護卻派遣初級救護技術員前往救護，儘管該受派遣之初級救護技術員之現場救護並無過失，但如因派遣錯誤而致損害，亦有國家賠償法之適用。

民法第 535 條規定：「受任人處理委任事務，應依委任人之指示，並與處理自己事務為同一之注意，其受有報酬者，應以善良管理人之注意為之。」履行委任契約而執行救護行為之民間救護人員，應依其規定，按其受有報酬之有無，而有「抽象輕過失」與「具體輕過失」之注意標準。而絕大多數之委任契約均受有報酬，因此其應依「抽象輕過失」之注意標準來判斷有無過失，然而對於救護之內容，基於契約自由之原則，自得依雙方意思表示合致來確定其救護之內容，但卻仍受民法第 71 條之規定，不得訂立違反當地該等級標準救護流程之規定，否則因違反緊急醫療救護法第 27 條第 1 項而無效。

雖然我國現今因為救護車寬鬆運送政策下，絕少發生將傷病患遺留現場拒絕運送之情事，而致目前尚無因拒絕運送而有爭訟之判決產生，但他山之石可以攻錯，如未來環境或政策轉向而致救護技術員須評估傷病患是否運送到醫院時，建議於初期時應請求醫療指導，以為品質管控。在無醫療指導的地區，應通報救災救護指揮中心請護理師為之確認。待救護技術員之評估品質提升至一定水準時，始授予決定之權利，以保護民眾權益。

### 第三項 救護人員共同侵權

緊急醫療救護法第 18 條第 1 項規定：「救護車於救護傷病患及運送病人時，應有救護人員二名以上出勤；加護救護車出勤之救護人員，至少應有一名為醫師、護理人員或中級以上救護技術員。」救護人員出勤時，依法規定應有二名以上人員出勤，因此共同侵權問題的釐清，對於緊急救護相當重要。

#### 第一款 救災救護指揮中心啟動之救護

如出勤救護之兩位或以上救護人員皆屬消防局所屬之救護技術員，救護行為為救災救護指揮中心所啟動，其所執行之緊急救護為具公法性質之行政事實行

為，如該行政事實行為違法致傷病患受損害時，有國家賠償法之適用。義消或鳳凰志工出勤時，於實務上另一位出勤救護人員通常為消防局所屬之救護人員，義消或鳳凰志工遵從救災救護指揮中心與現場消防機關所屬之救護人員的指示與指揮監督下執行救護任務，其協助行為之性質為「行政助手」，前已述及。行政助手的行為，亦歸屬於該行政機關。如對於行政助手之選任及指揮監督有欠缺，致第三人因行政助手的行為受有損害時，亦得請求國家賠償。當地醫院及救護車設置機關（構）之救護車及其救護人員因遵從救災救護指揮中心的指示與指揮監督執行行政任務，其協助行為之性質亦為「行政助手」。如公務員之選任及指揮監督行為有欠缺，符合國家賠償法之要件時，如同義消或鳳凰志工般，亦得請求國家賠償。

基於行政一體之原則，是否有故意或過失應就行政整體言之，不以作成行為之公務員個人有故意過失為限，被害人請求國家賠償時，亦無須指出有故意過失之公務員姓名<sup>133</sup>。因此於國家賠償爭訟中，共同侵權的問題於人民請求國家賠償時不顯重要。然而於國家代位公務員就其行使具公法性質之救護行政行為時，違法侵權所生之國家賠償責任為賠償後，得依國家賠償法第2條第3項規定，對故意或重大過失之公務員有求償權，此時始有共同侵權探討之重要性，就內部關係言，似可依損害之原因力定其負擔（因果關係之比例）。

## 第二款 非救災救護指揮中心啟動之救護

最高法院20年上字第1960號判例認：「他人所有物而為數人各別所侵害，若各加害人並無意思上之聯絡，只能由加害人各就其所加害之部分，分別負賠償責任。」此判例含有兩個基本原則：一、各加害人有意思上之聯絡者，應就全部損害連帶負賠償責任。二、各加害人無意思上之聯絡者，僅各就其加害部分分別負賠償責任（部分因果關係）。最高法院55年臺上字第1798號判例謂：「本件車禍係計程車與卡車司機駕駛不慎肇事，依司法院第2383號解釋，無共同過失之侵權行為，法院僅得就各該司機應負過失責任程度之範圍內，令其與僱用人連帶賠償。」此判例具有兩個基本原則：一、民法第185條第1項前段所稱共同不法侵害他人之權利，須有意思上之聯絡。二、數人無意思聯絡者，應就同一損害，依過失程度定其賠償範圍。然而，司法院之民國66年例變字第1號，認為：「民事上之共同侵權行為與刑事上之共同正犯，其構成要件並不完全相同，共同侵權人間不以有意思聯絡為必要，數人因過失不法侵害他人之權利，苟各行為人之過失行為均為其所生損害之共同原因，即所謂行為關聯共同，亦足成立共同侵權行為。最高法院五十五年臺上字第一七九八號判例應予變更。至前大理院五年上字

<sup>133</sup> 陳敏，同註51，頁1148。

第一〇一二號及最高法院二十年上字第一九六〇號判例，則指各行為人既無意思聯絡，而其行為亦無關聯共同者而言，自當別論。」<sup>134</sup>

由此可知，民法第 185 條第 1 項前段規定：「數人共同不法侵害他人之權利者，連帶負損害賠償責任。」司法院例變字第 1 號創設兩個共同加害行為之類型，一為主觀（意思聯絡）加害行為，一為客觀（行為關連）加害行為。主觀（意思聯絡）加害行為之要件，於構成要件部分須滿足：一、須有加害行為，此指互相利用、彼此支持之行為分擔。二、須侵害他人。三、因果關係：民法第 185 條規定共同加害行為，乃在免除被害人之舉證責任，使加害人就「可能因果關係」負責，被害人不必證明各分擔行為的因果關係。加害人縱使能證明其行為分擔部分，對權利受侵害並無因果關係，仍不能免於連帶損害賠償責任。除滿足構成要件外，同時須無阻卻違法事由且有故意過失。

客觀（行為關連）加害行為的構成要件為：一、須有加害行為。二、須侵害他人權益。三、須有「共同原因因果關係」，此須由被害人證明之，惟加害人得反證其行為不具因果關係，而不負侵權責任。另外除滿足構成要件外，同時須無阻卻違法事由且有故意過失。此種類型之共同加害行為特色為須各行為人無意思聯絡、須各加害行為係造成損害之共同原因及須造成同一損害且損害不可分<sup>135</sup>。

由以上類型可知，如現場兩位以上救護人員之個別救護行為，無意思聯絡且分別有故意過失造成傷病患之個別損害，須分別就其個別損害之部份負損害賠償責任<sup>136</sup>。舉例來說，於送往醫院過程中，有一救護人員駕駛救護車而另一救護人員於後車艙照顧傷病患，如此時該照顧傷病患之救護人員因過失未發現傷病患缺氧導致傷病患成植物人，而該救護車駕駛員因過失導致車禍造成傷病患右大腿骨折。此時該兩位救護人員無意思聯絡且分別有故意過失造成傷病患之個別損害，因此僅需分別就其導致之損害負損害賠償責任。

如現場兩位救護人員，兩人均因過失，一致同意採行與傷病患主訴不符合之救護流程施行救護，而導致傷病患損害的情形，此時因符合主觀（意思聯絡）加害行為，應連帶負損害賠償責任。例如兩位救護人員對於有呼吸心跳的病人誤認其為無脈搏電氣活動（pulseless electrical activity, PEA）而給予心臟按摩，後來導

<sup>134</sup> 司法院例變字第 1 號後經最高法院 67 年臺上字第 1737 號民事判例、72 年臺上字第 3128 號民事判決所採用。學者黃立先生認為我國實務改採客觀說，主要是基於我國第三責任險尚不普遍，而客觀說對受害人之保護較為周全，為一種務實的考量而非純理論的結論。見黃立，同註 60，頁 300。

<sup>135</sup> 王澤鑑，同註 85，頁 32。

<sup>136</sup> 學者鄭玉波先生指出：「甲乙兩人對丙造成一個損害，……若無意思聯絡，……，在主觀說雖不認有連帶責任，但在此情形下，加害人能證明自己其加害部分，可謂絕少，即不能證明其自己加害部分，僅依 185 條第 1 項後段不能知其中孰為加害人者，亦同之規定，仍使負連帶責任。」轉引自黃立，同註 60，頁 300。



致該病患胸肋骨骨折的情形，此時兩人應對傷病患之損害連帶負損害賠償責任。儘管其中一救護人員舉證說其並無實行心臟按摩而僅給予甦醒球給氧（Ambu-bagging），該給氧行為與胸肋骨骨折的發生並無因果關係，其亦不能免於連帶損害賠償責任。

如現場兩位救護人員並無意思聯絡，但兩位因過失之個別行為而共同導致傷病患死亡或重傷的結果，兩位之過失行為與傷病患死亡或重傷經被害人舉證均有關連，則兩位救護人員因符合客觀（行為關連）加害行為的要件而推定具有共同原因因果關係而須連帶負損害賠償責任。例如兩位救護人員因過失先後均未確認所攜帶之氧氣筒內是否有氧氣，以致於出勤時讓一呼吸困難之傷病患無氧氣使用，而導致其於到院前死亡，則該兩位救護人員均應負連帶損害賠償責任。

民法第 185 條第 1 項後段規定：「不能知其中孰為加害人者，亦同。」該後段規定的適用必須符合以下要件：一、須數人無意思聯絡。二、數人行為非造成同一損害的共同原因。三、數人須具備侵權行為要件，但不知誰為加害人。通說稱民法第 185 條第 1 項後段之規定，為準共同侵權行為，以與前段所謂「狹義共同侵權行為」相區別，又以「共同危險行為」稱之<sup>137</sup>。「共同危險行為」可能涉及的因果關係，係數人的行為皆具侵害他人權利的可能性，但不確知誰為加害人，學說稱之為「擇一因果關係」<sup>138</sup>。而「共同危險行為」的核心問題，係如何認定是否參與危險行為。學者認為認定危險行為之參與<sup>139</sup>，不以主觀上彼此知悉為必要；不以從事集體行為為必要<sup>140</sup>；須有一定空間與時間上之關連。於舉證責任方面，德國通說認為危險行為參與人中之一人舉證免責時，其他參與人亦同免連帶責任。此乃貫徹民法第 185 條第 1 項後段之規範意旨，因為不能使他參與人承擔該舉證免責之人實係擇一加害人之危險。

因此如果一救護人員因過失誤帶無氧氣之氧氣筒前往救護現場援救呼吸困難的傷患，而導致無法給予該傷患氧氣，而另一救護人員於救護過程中因過失導致該傷患摔落長背板，後來該傷患於到院前死亡，該死亡並不知是由何位救護人員之過失行為所造成，此時兩人應負連帶損害賠償責任。在共同危險的情形，只要有一參與人經證明應負責任，所有其他可能之肇因人均因之而免責<sup>141</sup>。因為本條款規定之目的，是在無法查證情形下，消除受害人舉證困難的問題，而不在為

<sup>137</sup> 王澤鑑，同註 85，頁 43。

<sup>138</sup> 黃立先生認為，共同危險行為的要件上不要求證明加害人個人行為與損害發生間之因果關係。不過將此有關連之多數人的行為當成一整體觀察，其行為與結果發生間仍須有因果關係存在。黃立，同註 60，頁 300。

<sup>139</sup> 王澤鑑，同註 85，頁 46-47。

<sup>140</sup> 但有學者認須有從事集體行為為必要，其應係以民法第 185 條第 1 項後段係例外規定，而從嚴加以解釋。見孫森焱，民法債篇總論(上)，頁 279-280，2002 年自版。

<sup>141</sup> 見 BGHZ 72,355,67,14。



找尋更多的債務人<sup>142</sup>。而其他參與人亦可以證明其行為或其協力，絕無可能導致損害的發生而免除責任。按照德國通說，其中一位救護人員能舉證其過失行為有阻卻違法事由或並無故意或過失，則另一救護人員則可同免於損害賠償責任。但此德國通說亦有學者批評其他參與人得同免責任不符法律感情，強調應依內部分擔比例定其損害賠償額<sup>143</sup>。

## 第四項 線上醫療指導制度

### 第一款 線上醫療指導目前仍為違法

緊急醫療救護法第 25 條第 1 項：「直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，建立醫療指導制度：一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。」該條為民國 96 年 6 月 8 日修法時所新增，其立法理由節錄如下：「到院前緊急醫療業務雖主要由中央消防主管機關負責，但在醫療專業方面需有緊急醫療專家協助才能確保品質。參考國外制度在消防主管機關建立常規的醫療指導制度非常重要。本條文明定醫療指導醫師之聘任，且應負責各級救護技術員醫療作業之督導，才能充分發揮醫療指導之功能。」故由立法理由可知醫療指導制度最重要之目的，在於確保緊急救護之品質。而醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，同法第 25 條第 2 項授權由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。

醫療指導的形式，主要可分為平時的醫療指導與即時的醫療指導（又稱線上醫療指導，On-line Medical Control），指導方式前已述及，茲不贅述。緊急醫療救護法第 25 條第 1 項第 1、2 款之規定，屬於平時之醫療指導項目，重點在於事後的品質監測與標準作業流程的建立。同條項第 3 款之規定，則隱約似有線上醫療指導之影子，然而該款僅規定醫療指導醫師核簽高級救護員依據預立醫療流程，施行緊急救護之救護紀錄表，並無如外國之線上醫療指導模式規定：依據已制定的醫療指導原則及標準作業流程進行，由醫師藉由無線電通訊、電話或至現場提供高級救護技術員醫療指示。

而查閱依據緊急醫療救護法第 25 條第 2 項之授權規定而制定的「醫療指導醫師實施辦法」，亦僅在該辦法第 5 條第 1 項規定：「高級救護技術員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表，指導醫師核簽時限，由直轄市、縣（市）消

<sup>142</sup> 黃立，同註 60，頁 301。

<sup>143</sup> Larenz/Canaris, Lehrbuch des Schuldrechts Band II/2: Besonderer Teil (Munchen, 1994), S560.

防主管機關視轄區特性另定之。」同辦法第6條規定：「直轄市、縣（市）消防主管機關因業務需要得就其指導醫師建立輪值制度及置指導醫師召集人。」（劃底線者為本文所加）

如欲以「就其指導醫師建立輪值制度」可得醫療指導醫師可執行線上醫療指導的結論，似乎超越了文意解釋可接受之範圍。除此之外，並無明確之醫療指導醫師得為線上醫療指導之規定。唯一可見線上醫療指導之文字，僅在醫療指導醫師實施辦法附表三之預立醫療流程範本第一頁之定義，內容如下：「本預立醫療流程範本係為事先訂定之醫囑，高級救護技術員（EMT-P）得依據本內容實施各種高級救護處置。除心臟停止之病患不需另外取得醫師之線上同意外其餘皆需獲得線上醫療指示方可執行。」（劃底線者為本文所加）

在地方政府之法規命令中，於臺北市政府消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊中，明確規範線上醫療指導申請之條件<sup>144</sup>、線上醫療指導之責任與義務<sup>145</sup>、申請與通訊方式<sup>146</sup>、記錄與追蹤<sup>147</sup>。

如以外國線上醫療指導之方式，則醫療指導醫師依據已制定的醫療指導原則及標準作業流程進行，由醫師藉由無線電通訊、電話或至現場給予高級救護技術員醫療指示，其為遠距醫療之一種，如無其他特別法可優先適用，則自有醫師法第11條親自診察義務規定之適用。醫師法第11條規定：「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。」因目前法律與中央之法規命令，均無醫療指導醫師得藉由通訊方式給予高級救護技術員醫療指示之規定，因此目前醫療指導醫師之線上指導，仍有違背醫師親自診察義務之虞。

<sup>144</sup> 線上醫療指導申請之條件：1. 高級救護項目之執行，依照本作業流程規範，需取得線上醫療指導許可（本作業流程手冊標記為「\*」）2. 緊急救護中，有醫療或（與）倫常疑義，救護技術員與救護派遣員均無法解決時 3. 事故現場及送醫途中，有非『雙軌制救護』醫護人員，其意見與救護技術員意見相左時 4. 救護技術員依現場情況認定病患須送醫，而病患或家屬不願就醫時 5. 災難及大量傷患時。見臺北市政府消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊，頁21，2008年5月4版。

<sup>145</sup> 線上醫療指導之責任與義務：1. 救護技術員應儘量彙集現場與傷病患完整情況，申請線上醫療指導。2. 線上醫療指導員應依救護技術員報告，與本地之緊急醫療救護水準，依照標準作業流程提供適切之醫療指導。3. 救護技術員應遵循線上醫療指導。同前註，頁21。

<sup>146</sup> 線上醫療指導之申請與通訊方式：1. 無線電通訊：當符合線上醫療指導之申請條件時，經消防局救護指揮中心之救護派遣員指示，救護技術員呼叫基地醫院線上指導員，雙方直接通話，進行醫療指導工作。2. 數位行動電話：當無線電機通訊不良時，得以數位行動電話做為第二線連絡通訊工具。同前註，頁21。

<sup>147</sup> 線上醫療指導之記錄與追蹤線上醫療指導處置完畢，救護指揮中心救護派遣員及擔任線上醫療指導人員，均應填具『緊急醫療救護線上指導工作記錄表』。記錄表一式二份，一份單位存檔追蹤檢討，一份轉交臺北市政府消防局「醫療顧問委員會」追蹤考核。同前註，頁21。

有問題者，在於地方政府所制定之法規命令，是否可免除該地方指導醫師所負之法定親自診察義務？

緊急醫療救護法第 27 條第 1 項規定：「救護技術員應依緊急傷病患救護作業程序，施行救護。」同條第 2 項規定：「前項緊急傷病患救護作業程序，由直轄市、縣（市）衛生主管機關定之。」因此臺北市政府根據該條項為法源基礎，訂立了「臺北市政府消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊」，雖名為臺北市政府消防局高級救護技術員所屬之流程手冊，但卻為該直轄市之高級救護技術員所需共同遵行的緊急傷病患救護作業程序<sup>148</sup>。於該標準作業流程手冊中，其依據法律授權制定標準作業流程，以供高級救護技術員所遵行，並無逾越法律授權之範圍與立法精神，惟其於線上醫療指導之部分，因並無特別法之規定使得醫療指導醫師的線上指導行為能跳脫於醫師法親自診療義務的限制，故該部份之法規命令因憲法第 172 條、中央法規標準法第 11 條及行政程序法第 158 條規定，該部分因牴觸醫師法而無效。故臺北市之線上醫療指導行為仍屬違法行為。

本文建議如為達成到院前緊急救護醫療品質之促進，線上醫療指導制度之全面實施仍為未來之趨勢，因此未來修法時，似需於緊急醫療救護法第 25 條中，明定第 2 項規定，內容如下：「於緊急救護時，醫療指導醫師得以電話或其他通訊方式，指示救護技術員執行緊急救護業務。醫療指導醫師之資格、訓練、指導實施方法及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。」讓線上醫療指導行為有法依據，並進而優先適用於醫師法，以杜爭議。

## 第二款 線上醫療指導面對的問題

醫師法第 11 條所規範的親自診察義務，其目的在於避免誤診，以確保醫療品質。因此有學者認為醫師親自診察義務的範圍，應依據目前的醫療結構現狀，以及避免誤診的目的解釋來限縮醫師法第 11 條第 1 項的適用範圍，而區分兩種情況。第一種是醫師從未當面診察過，或是過去雖曾當面診察過，但從時間來看，無法依先前診察而掌握當下病情的情形，於此種情況如醫師未親自診察導致病人死亡，則自應負過失責任。另外一種是從時間的緊密性、儀器監測系統及周圍的醫療人員的監控密度來看，醫師縱未到場，仍能掌握病患病情而無誤診之虞，此時應不違反醫師之親自診察義務<sup>149</sup>。

<sup>148</sup> 於臺北市，目前僅有消防局人員才有高級救護技術員執行緊急救護，一般民間仍未有持高級救護技術員執照實行緊急救護者。

<sup>149</sup> 王皇玉，論醫師的說明義務與親自診察義務-評九十四年度臺上字第二六七六號判決，月旦法學雜誌，137 期，頁 265-280，2006 年。



另有學者持類似之見解，認為該條文字過份強調「到場診察」對提升醫療品質的效果，如病患作了 X 光、超音波、心電圖與電腦斷層，是不是到場看，除無法進行身體檢查之外並無差異。醫師是否構成親自診察義務的違反，主要著重於在依通訊設備的品質及病人症狀的嚴重性，醫師授權或仰賴他人判讀的程度，是否與當面診察有顯著差異而定<sup>150</sup>。如醫師雖未到場，但透過適當的通訊設備，在診察資料的蒐集與判斷上並未使醫療品質受到顯著影響，則不應構成親自診察義務之違反。該條之「親自」，除包含「到場」外，應可解為醫師親自搜集接觸病人資料並作成判斷，不假借他人判斷病情而言。

線上醫療指導，亦為「遠距醫療」之一種類型，其面臨的最核心問題，亦為是否線上醫療指導將導致醫療品質的下降。可能導致線上醫療指導品質下降環節有：救護人員收集傷病患臨床資訊的準確度（如病史、創傷機轉、生命徵象、意識、身體檢查資訊、肺音、血糖數值的準確度）、救護人員回報傷病患臨床資訊的技巧、通訊設備之種類（是否僅為無線電或是視訊電話）、標準救護作業流程是否符合臨床需要、醫療指導醫師詢問溝通之技巧、救護人員醫療處置之技術。雖然線上醫療指導之行為於法律規定上或可設法解決，但在實務面上亦需有配套措施。例如須加強救護人員收集傷病患臨床資訊的準確度、回報傷病患臨床資訊的技巧與增進醫療處置之技術、考慮使用遠距科學監測儀器來獲得更準確完整之資訊、利用實證醫學的方法來確立某種通訊設備是否適合使用並加以區域化、類型化、促進醫療指導醫師的溝通及指導技巧，並定期檢驗是否救護流程不合現況使用而有修改之餘地。

惟有確認線上醫療指導的結果會提升緊急救護的品質，且不因人員或設備的因素導致與當面診察之醫療品質有顯著差異之存在，線上醫療指導制度的實施始能合理化。

根據救護技術員管理辦法規定，各級衛生消防主管機關，設有醫療、衛生、消防等相關科系之專科以上學校及其他經中央衛生主管機關許可之機關（構）或團體可辦理初級及中級救護員訓練。訓練合格之人員由辦理訓練之機關（構）或團體，發給證書。機關（構）或團體如欲辦理高級救護員訓練，應先向中央衛生主管機關申請許可，訓練合格之人員，應由訓練機關（構）或團體報經中央衛生主管機關委託之專業團體甄試通過後，由該專業團體發給證書<sup>151</sup>。雖然該救護技

<sup>150</sup> 陳鈺雄，遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務，中原財經法學雜誌，22 期，頁 80，2009 年。

<sup>151</sup> 救護技術員管理辦法第 4 條第 1 項：「下列機關（構）或團體得辦理初級、中級救護員訓練或繼續教育課程：一、各級衛生、消防主管機關。二、設有醫療、衛生、消防等相關科系之專科以上學校。三、其他經中央衛生主管機關許可之機關（構）或團體。」同條第 2 項規定：「機關（構）或團體辦理高級救護員訓練或繼續教育課程，應先向中央衛生主管機關申請許可。」同法第 5 條第 1 項規定：「完成初級、中級救護員訓練課程合格之人員，由辦理訓練之機關（構）或團體，發給證書。」同法第 5 條第 2 項規定：「完成高級救護員訓練課程合格之人員，應由



術員管理辦法中對於各級救護技術員的訓練項目與內容有所規定，但仍可能有對於實際訓練內容管控不易，訓練品質不易確保之可能。

本文以為對於救護技術員之訓練，除應對訓練項目與內容有所規定外，似應由國家把關，建立救護技術員國家考試制度，特別是針對中級與高級救護技術員等級。蓋中級與高級救護技術員於執行救護時某些得施行之項目，如喉罩呼吸道等，僅有醫師與該救護技術員等級得執行。如不經由國家考試把關，似有醫療權失衡之虞。醫師、護理師等均須經國家考試取得國家專技證照後始得執行醫療相關業務，但高級救護技術員卻可經民間專業團體甄試通過，由該專業團體發給證書後，就可執行護理師不可執行、過去僅醫師始得執行之醫療項目。況中級救護技術員更可未經甄試直接由辦理訓練之機關（構）或團體，發給證書。除了經由國家考試來維持救護技術員之救護品質外，建立救護技術員國家考試制度發給證照，對於救護技術員本身來說，亦有提高待遇、增加自信心與工作保障的好處。

## 第五項 非緊急醫療系統醫師於救護現場

於救護現場時，有時亦有非緊急醫療系統的醫師在現場。此種情況發生的頻率，於我國並無相關的統計，但於美國一個於 1991 年問卷調查救護技術員的統計資料顯示，在前一年一整年中每一個救護技術員有平均 3.4 次的救護任務遇到有非緊急醫療系統的醫師在該現場想要幫忙。雖然目前並無足夠的實證資料能夠顯示醫師在救護現場能夠明確改善病人的預後<sup>152</sup>，但是如果以醫師的醫學知識與養成較一般之救護技術員充分，且可能於現場執行救護技術員無法執行的醫療行為之思考來看，似乎能夠推論對於緊急救護有一定認識的醫師在救護現場時，對於病人有好處。在此種推論下，一概拒絕非緊急醫療系統的醫師於救護現場的幫忙，並非病人之最佳利益。但如該醫師欲協助或指示，甚至欲採行某種醫療行為（如插管）時，此時就會發生困惑，到底該醫師的角色為何？救護人員是否應順從該現場醫師的指示執行醫療行為？如該現場醫師的醫療指示逾越了標準作業流程所規定能執行的範圍，救護人員之順從度是否因此而改變？

於救護現場偶遇非緊急醫療系統所屬的醫師，其協助行為可區分為：一、該醫師看到救護人員前來便將傷病患之照顧完全交給救護人員處理。二、該醫師看到救護人員前來便將傷病患之照顧主導權交由救護人員，自己立於建議與協助的角色。三、該醫師意欲指揮救護人員施行緊急救護，甚至欲採行某種醫療行為（如插管等）。大部分在場醫師皆為上述前兩種類型，於前兩種類型中，因主導權仍

---

訓練機關（構）或團體報經中央衛生主管機關委託之專業團體甄試通過後，應由該專業團體發給證書。」

<sup>152</sup> Dickinson ET, Schneider RM, Verdile VP, *The Impact of Hospital Physicians on Out-of-hospital Nonasystolic Cardiac Arrest*, PREHOSP. EMER. CARE. 1, 132-135 (1997).

於該救護人員手上，如該救護人員的身分，為執行具公法性質行政行為之公務員時，在場醫師最多僅為行政助手而受救護人員之指揮監督，如救護人員或醫師之行為有過失而致傷病患損害，自有國家賠償法之適用。

如該救護人員之身分為私人時，如僅救護人員有過失，自亦有債務不履行及侵權行為損害賠償請求權之競合。而該醫師如符合無因管理之成立要件時，自得成立無因管理而得適用相關規定。如僅醫師有過失時，但符合緊急管理之要件，醫師得僅就故意或重大過失負損害賠償責任。如果私人救護人員與醫師兩方均有過失時，可依債務不履行向該救護人員所屬之救護車公司請求債務不履行之損害賠償責任或向該救護人員請求侵權行為責任。如該醫師雖符合無因管理成立要件，卻無緊急管理要件之符合，亦須因其過失負責。但如果醫師雖成立無因管理卻不以有利於本人之方法施行救護，另亦可依民法第 185 條第 1 項規定，向該救護人員及醫師請求共同侵權行為之連帶損害賠償責任。共同侵權行為之認定，前已述及，茲不贅述。

於第三個類型中，該醫師意欲指揮救護人員施行緊急救護，甚至欲採行某種醫療行為時，因於美國的緊急醫療救護系統中，不管私人或公立之緊急醫療救護系統，絕大部分皆有線上指導醫師制度。因此大部分之救護作業流程，皆訂定如出現欲立於主導地位之醫師時，皆須立即連絡線上指導醫師，由線上指導醫師決定是否讓現場救護技術員順從該醫師之決定。美國急診醫學會(American College of Emergency Physicians, ACEP)認為儘管有醫師在現場，不管其為偶遇的醫師或是該病患的私人醫師，線上指導醫師須對傷病患照護負起最後責任。因此，在場的醫師與線上醫療指導醫師意見有衝突時，救護人員顯然須接受線上醫療指導醫師的指示<sup>153</sup>。在此種模式下，如在場之醫師欲立於主導地位指揮救護人員執行偏離救護作業流程之救護行為或欲親自執行醫療行為時，則須獲得線上指導醫師之同意始能指揮或執行，該在場醫師經同意而為指揮救護人員或執行醫療行為後，須伴隨該救護人員至送往醫院，否則可能有醫師遺棄罪與觸犯州訂立關於醫療業務相關規定的可能。如該在場醫師有指揮或執行之過失時，則在場醫師與線上指導醫師須同負侵權責任。

但於我國目前線上指導醫師制度仍未全面施行，且仍有違法之虞，如該現場醫師意欲指揮救護人員施行緊急救護，甚至欲採行某種醫療行為時，絕大部分地區仍未有線上指導醫師可供諮詢，因此於此部份我國目前的處置，救護人員僅能連絡救災救護指揮中心，通知具救護技術員執照之派遣員與值班護理師並請求指示。而在一般之假設下，因在場醫師具有比救護技術員與護理師更良好的醫療養成，且在場醫師得到的病人資訊不僅直接且更準確，如斷然拒絕亦非病人之最佳

<sup>153</sup> American College of Emergency Physicians, *Control of Advanced Life Support at The Scene of Medical Emergencies*, ANN. EMERG. MED. 13, 547-548(1984). Reaffirmed by ACEP in 1997.

利益，但如果允許其執行，可能因為知識之落差，對於在場醫師之醫療介入無法了解，導致無法確認該醫療介入是否為病人之最佳利益。對於如有在場的醫師欲立於主導地位指揮救護人員或欲親自執行醫療行為，此種情形要如何處理，救護作業流程並無相關規定<sup>154</sup>。加上我國之線上醫療指導制度至今仍未普及，亦無該現場醫師須伴隨到送往醫院之規定。因此，現在美國的責任制度於我國尚無法實施，而須採行另一種責任歸屬制度。

本文以為於我國似無理由拒絕現場醫師意欲指揮救護人員施行緊急救護，甚至欲採行某種醫療行為。然而，現場醫師為該醫療行為之介入，應經具救護技術員執照之派遣員與值班護理師同意才能實施。如在場之救護技術員認為該醫師之醫療介入，與自己的醫療知識或所接受之訓練有所違背，則該救護技術員有通報救災救護指揮中心的責任，而該救災救護指揮中心亦負有審查該醫師之醫療介入是否違反病人最佳利益之責任，如有違反應予拒絕。因為該現場醫師有時並非急診專科醫師、心臟專科或重症專科醫師，因此有可能對於救護現場的醫療特性或重症、創傷病患的醫療處置不熟悉，如果全然遵從該在場醫師之指示，可能並非該病人之最佳利益。如在場之救護技術員或救災救護指揮中心之派遣員及護理師對於上述之責任有所違背時，則有國家賠償責任成立之可能。但如因為知識之落差，而導致該緊急醫療系統之人員無法辨別該醫師之醫療介入是否為適當，而其已盡職地在該事件中所能注意及可期待其注意的程度來辨別該醫師之醫療介入是否適當，則應無國家賠償責任成立之可能。

如僅該在場醫師有指揮或執行醫療救護行為之過失時，因為該醫師並非受救護人員之指揮監督而非立於行政助手之角色，此時並無國家賠償之適用，而僅能依據民法相關規定求償。如符合無因管理之成立要件時，自得成立無因管理而得適用相關規定。另外，須觀察其是否符合緊急管理之要件，而得僅就故意或重大過失負損害賠償責任。如其雖成立無因管理，卻不以有利於本人之方法施行救護，則亦有債務不履行及侵權行為損害賠償請求權之適用。

但如該在場醫師有指揮或執行醫療救護行為之過失時，且該緊急醫療系統之公務救護人員亦有過失時，因為該醫師並非受救護人員之指揮監督，所以非立於行政助手之角色，故此時除可提起國家賠償外，亦須向該在場醫師另提起損害賠償之訴，而因國家賠償案件亦於民事法院提起，所以受害人需向法院提二訴訟，即國家賠償與侵權行為之訴。而依國家賠償之賠償範圍為所受損害及所失利益，故受害人得為全部損害之國家賠償請求，之後國家得依國賠法第2條第3項向該緊急醫療系統之具有故意或重大過失之公務人員請求，但不可向該不具公務員資

<sup>154</sup> 於臺北市政府消防局高級救護技術員之標準救護流程中規定，當事故現場及送醫途中，有非『雙軌制救護』醫護人員，其意見與救護技術員意見相左時，可申請醫療指導，但卻對線上醫療指導醫師遇此情況下所應有之反應未加規定。同註 144，頁 21。



格之醫師為請求。如該緊急醫療系統內具有故意或重大過失之人員為二人以上者，對病患而言，依據民法第 185 條共同負責；就內部關係言，似可依損害之原因力定其負擔（因果關係之比例）。另外，且因該當民事訴訟法第 53 條第 2 款的共同訴訟規定亦無違反共同訴訟程序上之要件<sup>155</sup>，該救護人員與在場醫師亦得一同被訴而為共同被告。

目前我國線上醫療指導制度尚於起步階段，因此在線上醫療指導醫師的權限上，某些地方政府所制定的救護作業流程中，線上醫療指導僅能依照預立醫囑的內容，而無逾越救護作業流程的權限<sup>156</sup>，意在利用訂立預立醫囑的正確性，達到救護品質確保之目的，避免線上醫療指導醫師初步不熟悉該業務而隨意逾越預立醫囑範圍造成病人損害。待線上醫療指導制度之全面實施後，似可仿效美國之制度，讓線上指導醫師須對傷病患照護負起最後責任，以保護民眾之健康與安全。

## 第二節 現場救護時之說明

### 第一項 空跑

當救災救護指揮中心接受民眾申請派遣救護技術員到達事故現場時，病患有可能拒絕送醫（因報案民眾可能是路人或家屬），或是救護技術員評估認為該病患只需要現場醫療（如簡單包紮處理）而無送往醫院之必要，就會造成救護車空跑（Failure to Transport）。其他造成空跑的原因包括報案現場位置錯誤、傷病患自行就醫和謊報等。在臺灣緊急救護實務上，除非病患拒絕，否則絕少發生救護技術員拒絕病患送醫的情形。因此有可能造成糾紛的地方，則在於病患拒絕送醫這一部份。依據我國內政部消防署的官方統計資料顯示，雖然過去幾年已有逐步下降的趨勢，但民國 97 年全國消防機關緊急救護之空跑率仍為 21.6%<sup>157</sup>，佔了不小的比例。

病患拒絕送醫時，最可能發生的糾紛，就在於病患是否作了有效拒絕的意思表示，換句話說，病患是否獲得了足夠的告知始行拒絕的意思表示，即告知後拒絕（Informed Refusal）。於國外的研究已經發現許多拒絕救護車送醫的病患最後

<sup>155</sup> 共同訴訟程序上的要件為：一、受訴法院就該數訴須有管轄權。二、須該數訴均得行使同種之訴訟程序。三、須非法律禁止合併者。見姚瑞光，民事訴訟法論，頁 114，2004 年 2 版。

<sup>156</sup> 舉例來說，於台北市政府制定的高級救護員救護標準作業流程中，線上醫療指導之責任與義務項目中第二項：「線上醫療指導員應依救護技術員報告，與本地之緊急醫療救護水準，依照標準作業流程提供適切之醫療指導。」見同註 144，頁 21。

<sup>157</sup> 歷年執行緊急救護次數及護送傷患人數統計表，內政部消防署全球資訊網，<http://www.nfa.gov.tw/Show.aspx?MID=97&UID=828&PID=97>，拜訪時間：2010 年 2 月 17 日。



還是到達了醫院<sup>158</sup>，亦有許多被救護技術員拒絕送醫的傷病患最後接受住院治療<sup>159</sup>。因此對於傷病患之告知說明，成為一個重要的研究課題。

對於告知後拒絕的爭點，大部分聚焦在兩點：第一，現場的評估是否完整精確。第二，告知病患評估的結果和需要醫療援助的資訊是否足夠。現場之評估涉及了故意過失違反標準救護流程與注意義務之問題，前已述及。下面將討論告知後拒絕中的其他問題。

## 第二項 「告知後同意法則」

給予病人足夠的告知，最為大家所熟悉的莫過於「告知後同意法則」。雖然在 1914 年美國大法官 Justice Benjamin Cardozo 就提出了令人震聾發聵的名言：每一個心智健全之成年人都有權利決定其身體要接受何種之處置（Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body）<sup>160</sup>，肯定為醫療行為前應得病人的同意，但「告知後同意法則」此名詞與理論的真正確立，則是在 1957 年加州上訴法院在 *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* 的判決中形成<sup>161</sup>。

「告知後同意法則」乃是建立在病人的自主權之上位概念下，其目的主要在極度不平等的醫病關係中，希望藉著醫療資訊的分享，來防止醫師治療權力的濫用。隨著病人自主權與「告知後同意法則」的發展與成熟，病人自主權慢慢地也延展到病人的拒絕治療權（Right to Refuse Treatment）、臨終病人的死亡權（Right to Die），及安樂死。

從「告知後同意」延展到「告知後拒絕」（Informed Refusal），是在美國 1980 年 *Truman v. Thomas* 的判決中形成<sup>162</sup>。在該判決中，法院認為告知後同意和告知後拒絕是不可分的（indistinguishable），同時並主張醫師有責任告知病患拒絕接受某種診斷工具檢查的風險。

「告知後同意法則」是課予醫師說明義務，要求醫師以病人瞭解的語言，說

---

<sup>158</sup> Sucov A, et al, *The Outcome of Patients Refusing Prehospital Transportation*, PREHOSP. DISASTER. MED. 7, 365-371(1992).

<sup>159</sup> Zachariah BS, et al, *Follow-Up and Outcome of Patients Who Decline or Are Denied Transport by EMS*, PREHOSP. DISASTER. MED. 7, 359-364(1992).

<sup>160</sup> *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125, 129-30, 105 N.E. 92, 93 (1914)。轉引自楊秀儀，誰來同意？誰作決定？從「告知後同意法則」談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察，台灣法學會學報，20 期，頁 370，1999 年 11 月。

<sup>161</sup> 王澤鑑，同註 81，頁 280。

<sup>162</sup> *Truman v. Thumas*, Supreme court of California, 611 P.2d 902, June 9, 1980 decided.

明病情、可能的治療方案、各方案治療的成功率、各治療方案的併發症與副作用，在病人瞭解及得到同意後，始能進行醫療行為。如醫師違反此法律所課予的說明義務，則治療後發生後遺症或併發症時，不管治療的醫師是否有過失，均應負責，換句話說，此種「告知後同意法則」是賦予醫師一種「無關過失」責任，為民事侵權責任而非刑事責任。另一方面，如醫師已盡說明義務，但病人卻不選擇其中任一方案而選擇拒絕醫療，基於尊重病人的自主權，應同意病人有此拒絕治療的權利。然而不管是「告知後同意」或「拒絕治療權」，前提都是應提供病人關於該病情足夠且適當的醫療資訊<sup>163</sup>，且此醫療資訊必須以病人瞭解的語言或方式來傳達給病人，惟有病人獲得足夠且適當的醫療資訊，其選擇才會是真正的自主，否則囿於所受的資訊不充分或不適當，選擇勢必受到醫師給予資訊的內容或範圍所左右，而使其所作的決定並非是自己獨立所作的選擇，並非真正的自主，當然亦並非給予病人真正的「告知後同意」與「拒絕治療權」。在未獲得足夠且適當的醫療資訊情況下，病人同意或拒絕的選擇則為無效。但「告知後同意」亦有其例外：在 *Truman v. Thomas* 的判決中承認告知後同意有例外，其中一個主要的例外是在緊急情況下且病患缺乏決定能力的時候，可不經告知而執行醫療行為<sup>164</sup>。

### 第三項 醫療決定能力之內涵

然而，縱使給予病人足夠且適當的醫療資訊後，在醫師尊重病人為自主決定之前，醫師必須先確保這個病人的智識心理運作程度能夠讓這個病人為此決定，因為若人的智識心理運作程度無法讓其為某種決定，則該決定並不是真正的自主，而僅是一種反射性的、不經思索的反應而已。舉例來說，對於一個因外傷或是藥物過量而昏迷的病人，或許有時會對醫護人員的詢問有所反應，但是這個反應是否是其真正的自主決定，相信所有的人一定會抱持懷疑的態度。然而，對於一個談吐正常的成年人，其所作的決定相信大部分的人都會相信其決定是自主的決定，而這種相信或懷疑就是某種程度對其智識心理運作程度是否能支持其決定的判斷。身為一個醫師，在決定是否順從病人的醫療決定之前，同樣地也必須先確定其是否有足夠的決定能力（decision-making capacity）。但是必須說明的是，此種決定能力和行為能力（competence）不同。行為能力是指靜態的狀況，行為

<sup>163</sup> 至於何謂足夠且適當，英美學說上對於此種說明義務的範圍，有理性醫師標準、理性病人標準、具體病人標準及折衷標準。理性醫師標準及理性病人標準為目前美國各州法院的主要標準，且以理性醫師標準佔多數，但有向理性病人標準靠攏的傾向。日本也有從理性醫師標準向理性病人標準靠攏的現象。而我國衛生署新版手術同意書也有傾向理性病人標準的趨勢。見林萍章，知情同意法則之「見山不是山」-法院近來判決評釋，月旦法學雜誌，162期，頁26-27，2008年11月。

<sup>164</sup> 此類似我國民法緊急無因管理之法理。民法第175條：「管理人為免除本人之生命、身體或財產上之急迫危險，而為事務之管理者，對於因其管理所生之損害，除有惡意或重大過失者外，不負賠償之責。」

能力有無是需要法官在法院施行正當法律程序才能作的法律判斷<sup>165</sup>，而決定能力是讓病人作某一特定醫療決定的當下，由醫師判斷該病人是否有足夠的能力來作決定，這種決定能力是一種動態的事實判斷，會隨著時間、藥物、病人的身體狀況、年紀等影響而改變。自主基本上是需要決定能力這一個條件，惟有在病人具有決定能力的條件下，接受足夠且適當的醫療資訊後所為的決定，才是真正有效的自主決定。

但到底什麼是決定能力？有學者認決定能力的元素包含了幾個要件<sup>166</sup>：

- 1、認識選擇（knowledge of the options）
- 2、認識每個選擇的後果（Awareness of consequences of each option）
- 3、在自己相對穩定的價值觀和偏好下，能體察每個決定後果對於個人的損益（Appreciation of personal costs and benefits of these consequences in relation to relatively stable values and preferences）

美國總統委員會在 1982 年的報告<sup>167</sup>指出決定能力包含 3 個特性：

- 1、擁有一套價值與目標（the possession of a set of values and goals）
- 2、具有溝通和瞭解資訊的能力（the ability to communicate and to understand information）
- 3、具有能力推理和思考個人所作的決定（the ability to reason and deliberate about one's choice）

有兩位外國學者綜合學界的討論，整理出決定能力不足，最少有七種程度，以下列出由最低能力層次逐漸升高至較高層次的決定能力範圍<sup>168</sup>：

- 1、無法表示或溝通某種選取或選擇的能力。
- 2、無法瞭解自己或他人的處境及後果的能力。
- 3、無法瞭解相關資訊的能力。
- 4、無法給出理由的能力。
- 5、無法給出一個合理的理由的能力（也許有給出某些支持性的理由）。
- 6、無法給出相關風險或利益等評估理由的能力（也許有給出某些合理支持性的理由）。

<sup>165</sup> 美國法院認定行為能力的有無牽涉了三個步驟：一、是否病人能夠會意(comprehend)並保留切題資訊。二、是否病人相信這個資訊。三、是否病人能夠權衡資訊的輕重以致能作決定。Biegler P, Stewart C, *Assessing Competence to Refuse Medical Treatment*, MED. J. AUSTRALIA. 174, 522-525(2001).

<sup>166</sup> ETHICS IN EMERGENCY MEDICINE 2 Edition. (Iserson KV, Sanders AB, Mathieu D eds, 1995) 52.

<sup>167</sup> President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Making health Care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the practitioner relationship*. Vol. 1. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1982.

<sup>168</sup> Beauchamp TL and Childress JF, *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS* (5ed, 2001) 73. 轉引自陳光增，無行為能力病人的醫療代理決策研究：以智能障礙者為例，中央大學哲學研究所碩士論文，頁 35，2004 年 6 月。

## 7、無法達至某種合理性的決定的能力判斷（以合乎理性人格的判斷標準）

標準 1 是一種弱的能力基準，只是一種簡單選取的能力。標準 2、3 則要求要具有瞭解相關資訊及自己所處環境狀況的能力。標準 4 至 7 則必須具備透過評估風險、利益的後果，找出最合乎理性的決定能力。故由以上可知決定能力是一漸進連續的能力，並無法在某一個點畫出界線，以二分法來區分何者以上具決定能力，何者以下不具決定能力。

然而，最大的問題在於如何根據以上原則來評估病人的決定能力？

有美國學者提出主張認為既然行為能力（competence）是由法院的法官來作判斷，醫師並無此權力，但是面對醫療自主為主流的今日，必須讓病人作會影響病人自己的醫療決定，但如果對於決定能力的判斷和法院的法官觀點不相符合，可能會造成上法院後敗訴之後果。因此就搜集美國法院對於行為能力（competence）判定的標準來給予醫師作為醫療上判斷決定能力（decision-making capacity）的參考<sup>169</sup>：

### 1、溝通選擇（Communicating Choices）

一個具有行為能力的人能夠和醫護人員溝通醫療選擇是各個法院普遍所接受的，但前提是這個選擇必須持續一段相當的時間使其能夠付諸施行，否則有可能是精神疾病。當然這並不代表一個決定反反覆覆的人就一定是一個無行為能力人，如果一個人仍會為自己的反反覆覆為一個合邏輯的解釋來作辯駁的話，他仍可能是一個具行為能力人。醫師可以在建議施行某種檢查及相關說明後，嘗試要求病人覆述並決定是否做這檢查來測驗是否具有這種能力。

### 2、瞭解相關的醫療資訊（Understanding Relevant Information）

這個能力包括了字、詞與意念的記憶力，還有接收、貯存與取回資訊的能力。如果一個人缺乏注意力、記憶力或智力的話可能會減損該項能力，因此三項都要一起評估。如果要評估記憶力的話只要病人扼要地重述剛剛醫師跟他解釋的事情。如果要評估病人的理解力，可以嘗試要病人解釋剛剛醫師跟他談話的內容。不過要特別注意的是，一定要用病人能夠瞭解的語言來跟病人解釋，否則就算是一個具決定能力之人仍無法解釋剛剛醫師說的話。

### 3、體察當下的情境與後果（Appreciating the Situation and Its Consequences）

這個能力的特質包括理解目前疾病的現況，評估目前疾病的影響，和採取不同的治療選擇會對目前情況造成的影響。評估病人是否理解目前的情況需要引發他們關於疾病的概念、治療的需要、可能的預後，和所牽涉的動機。

<sup>169</sup> Appelbaum PS, Grisso T, *Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment*, N. ENG. J. MED. 319, 1635-8 (1988).



#### 4、理性地操作資訊 (Manipulating Information Rationally)

這是指能夠運用合邏輯的思考過程來比較各個醫療選擇的好處或壞處。有時美國法院會逃避評估這個能力，而直接認為只要病人知道和理解相關的資訊，就肯認此病人具行為能力。這個能力主要是先依自己的價值觀，定出每個醫療決定的好處與壞處後，再個別衡量該好處與壞處，或是把每個醫療決定都放在一起衡量。評估這個病人是否有這個能力可以要求病人對其選擇提出合邏輯的理由。

然而需再強調的是，在評估病人是否有決定能力之前，必須要給病人足夠且適當的資訊。檢查者必須是具有足夠的經驗和能力來判定是否病人具有決定能力。當然，能夠熟悉法院對於行為能力和意思能力的判定會更好，必要的話可以請律師提供協助。

#### 第四項 美國醫療決定能力的標準

每個醫療決定難易度不同：有的治療方式可能風險相當高，有相當程度的後遺症，而且採取了該治療方式之後有可能對於疾病只有一點點幫忙，這樣的醫療決定就可能是困難的；相反的，有的治療方式風險就較小，後遺症也少，而且採取了該治療方式後對疾病治癒幫助非常大，這樣的醫療決定就較簡單。有些決定是簡單不加思索就可以決定的，但有些卻要衡量相當多的因素。簡單的決定，對於決定能力的要求就沒有那麼多，甚至在近乎半夢半醒之間的決定，也不會有人反對。但對於困難的決定，就需要嚴格地來審查其決定能力，因為困難的醫療決定往往是風險高的，因而需要較高的決定能力標準。雖然美國法院到目前為止並無明確承認「相應增減理論 (sliding scale theory)」-簡單的醫療決定，採取較低的決定能力標準，困難的決定，採取較高的決定能力標準，但多多少少也受到這影響。「相應增減理論」為目前美國學界的通說。舉例說明，如果有一位重症病人需要接受一個低風險、低副作用及低後遺症，但對治療幫助卻很大的治療（如從周邊靜脈抽血檢查），因為這決定為簡單的決定，所以決定能力標準就降低，只要病人瞭解選擇的內容及後果並能夠溝通，就算說不出任何理由說明為何同意，這個同意就算有效；相反地，如果有一位重症病人需要接受一個高風險、高副作用及高後遺症，但對治療幫助卻可能只有一點幫忙（如不明病因腹痛的剖腹探查術），因為這決定為困難的決定，因此決定能力標準就提高，此時需要確保病人真正能夠體察該選擇可能對個人發生的損益，並要其說明支持決定的理由。

似乎經由以上的步驟順序來做就可以得到病人是否有決定能力的答案。然而，仍然有一個爭論不休的問題：那就是病人決定順從醫師的建議，或是決定拒絕醫師的建議，會不會有不同的決定能力標準？換句話說，如果病人拒絕醫師的建議不採取某些醫療處置的話，這種拒絕建議所需要的決定能力是不是要比順從

醫師建議所需要的決定能力要高？

有學者認為如果病人拒絕醫師建議時，這種拒絕的效果應該僅能造成醫師警覺性地啟動評估該病人決定能力步驟，除此之外，判斷病人是否具決定能力的標準，不應該隨病人順從或拒絕醫師的建議而有不同的標準。換句話說，不管病人順從或拒絕醫師建議，支撐其選擇的決定能力高低，不應該有所不同。因為醫師建議應該採取何種醫療方式治療，是在醫師醫療價值、個人信念及風險評估所作的建議，而醫師和病人的信念與價值觀未必相同，因此兩者間的選擇難免有差異，而病人在選擇順從或拒絕當下時，該病人的決定能力是相同的，因此在評估決定能力的步驟中，該病人順從或拒絕的選擇不應該被考慮<sup>170</sup>。

然而，大部分的學者則不同意這樣的觀點<sup>171</sup>。這些學者認為，如依照「相應增減理論」，那麼困難具高風險的決定當然就需要提高決定能力標準，而病人作出拒絕建議的決定，一般而論其所遭受的風險，會比順從醫師專業且具經驗的決定要高，那麼在其作完決定之後，醫師勢必要闡明病人真正瞭解自己所作的決定，而要闡明病人瞭解其決定，必定要其提出不僅支持且必須合理的解釋來說明為何選擇風險較高的決定，這樣在無形之中，當然就提高了決定能力的標準。舉例說明，當病人具有頭部外傷時，經醫師評估其需作不打顯影劑之頭部電腦斷層來排除其是否有腦內出血時，如病人同意時，儘管是昏昏沉沉地只能說出簡短的話，其決定能力仍被視為能支持其決定，不會需要其提出詳盡的理由來說明其同意的理由；但如果一個病人昏昏沉沉地只能說出簡短的話，但他拒絕該項檢查，勢必需要細心特別地詢問其為何拒絕該項檢查，以確保其真正瞭解不作該項檢查可能造成無法診斷出腦內出血而引發的風險，及該項檢查僅造成輕微的輻射暴露而無其他較大的副作用。雖有人擔心此種不同的決定能力標準將使得病人的自主權大為減縮而使得醫師醫療決定權力大為提高，為某種程度之醫療父權擴張，但是考量到病人自主權與醫師需保衛病人防止其受到疾病傷害的責任，再加上此種不同的決定能力標準並不會完全剝奪病人的自主權-病人仍然能提出堅定、重要且合邏輯的理由來行使拒絕醫療權，故此種不同的決定能力標準應可贊許。

## 第五項 我國關於醫療決定能力之見解

<sup>170</sup> Wears S, INFORMED CONSENT: PATIENT AUTONOMY AND CLINICAL BENEFICENCE WITHIN HEALTH CARE (2<sup>nd</sup> edition, 1998); Wicclair MR, *Patient Decision-Making Capacity and Risk*, BIOETHICS 5, 91-104 (1991).

<sup>171</sup> Buchanan AE, Brock DW, DECIDING FOR OTHERS: THE ETHICS OF SURROGATE DECISION MAKING (1989); Roth LH, Meisel A, Lidz CA, *Tests of Competency to Consent to Treatment*, AM. J. PSYCHIATRY. 134, 279-284(1977); Drane JF, *Competency to Give an Informed Consent*, JAMA 252, 925-927(1984); Holyrod B, Shalit M, Kallsen G, et al, *Prehospital Patients Refusing Care*, ANN. EMERG. MED. 17, 957-963(1988); Simon JR, *Refusal of Care: The Physician-Patient Relationship and Decisionmaking Capacity*, ANN. EMERG. MED. 50, 456-461 (2007).

我國民法學者關於病患允諾能力（決定能力）的判斷標準意見分歧，可分為以下數說：

一、**識別能力標準說**：此說為我國通說。王澤鑑先生認為「基於法律行為能力制度主要在於維護交易安全，而允諾係被害人對自己權益的『處分』，故不能完全適用民法關於行為能力的規定，原則上應不以有行為能力為要件，而應以個別的識別能力為判斷標準」，故其肯認預防注射、割雙眼皮等應肯定限制行為能力人或禁治產人亦得為允諾，但其仍主張重大手術原則上仍須得法定代理人允許<sup>172</sup>。學者史尚寬先生則認為禁治產人及未成年人對人格權加害的允諾應有識別能力<sup>173</sup>。

二、**責任能力標準說**：認為醫療決定能力與民法上的意思能力及刑法上的責任能力相似，但與行為能力不同，並無以成年為必要<sup>174</sup>。學者黃立先生認為原則上準用有關意思表示之規定，但限制行為能力人如依其精神成熟度，了解侵害的意義與範圍，亦得為被害人之同意<sup>175</sup>。

三、**修正之意思能力浮動說**：學者吳志正先生認為「就一般非重大醫療事項診療之同意，採與通說同，應已具識別能力為已足；而對於具有侵入性質、副作用較大、或效果不確定等影響生命、身體、健康重要法益之重大醫療事項之同意，則須具備行為能力<sup>176</sup>。」其進而定義重大醫療事項為醫療法規之類型化規定者<sup>177</sup>與其他副作用較大、效果不確定等影響生命、身體、健康重要法益的醫療事項如化療等。

四、**理性標準說**：自主必須以理性為基礎，因此對於理性思考尚待培育的幼童、某些喪失理性的精神病人或因病陷入昏迷的病人，其缺乏允諾能力<sup>178</sup>。

五、**行為能力標準說**：病患無允諾能力的標準應和民法行為能力的認定標準相同<sup>179</sup>。我國醫療法規亦採此說<sup>180</sup>。

<sup>172</sup> 王澤鑑，同註 81，頁 274。

<sup>173</sup> 史尚寬，債法總論，頁 123，1990 年 8 月。

<sup>174</sup> 翁玉榮，從法律觀點談病患之自己決定權及醫師之說明義務，法律評論，66 卷 1-3 期合刊，頁 17，2000 年 3 月。

<sup>175</sup> 黃立，同註 60，頁 258-259。

<sup>176</sup> 吳志正，誰來說明？對誰說明？誰來同意？-兼評醫療相關法規。月旦法學雜誌，162 期，頁 76-77，2008 年 11 月。

<sup>177</sup> 醫療法第 63 條與 64 條、優生保健法第 9 條第 2 項、人體器官移植條例第 8 條第 2 項、精神衛生法第 31 條、安寧緩和條例第 7 條第 2 項、醫療法第 79 條第 1 項各有不同對於無行為能力人與限制行為能力人允諾能力的限制。邱聰智，新訂民法債篇通則上冊，頁 76，2001 年 2 月版。

<sup>178</sup> 嚴久元，當代醫事倫理學，頁 46，1999 年版。

<sup>179</sup> 邱聰智，同註 177，頁 169。



依照我國侵權行為法通說見解，醫師從事醫療行為，在法律上均該當對於他人身體權之侵害，惟得因病患之允諾而阻卻違法<sup>181</sup>，故如病患允諾能力有瑕疵，則該允諾並無有效成立而不得阻卻違法，自應負侵權行為責任。而於契約法中，雖醫師說明義務究竟為主給付義務、從給付義務或是附隨義務，到目前為止學說見解仍莫衷一是，但未給付有效之說明義務，不論採取何種見解如致損害均需負債務不履行之損賠責任。故而於醫療實務中，允諾能力（決定能力）的判斷標準影響至深且巨。我國相關醫療法規對於某些醫療行為，以「行為能力標準說」為基礎，明定允諾能力之判斷標準，然而於其他未明定允諾能力的醫療行為，如欲採取我國通說「識別能力標準說」，仍有一些需要討論的地方。

我國民法通說所採取的「識別能力標準說」，係指對於需其決定之醫療行為，於作決定之當下，能與醫師溝通並瞭解該醫療行為與醫師所給的醫療資訊，也能體察為該醫療決定後可能會發生的後果及影響。如同國內刑法多數說所主張承諾能力的標準一樣，民法通說「識別能力標準說」的允諾能力有無的標準仍為一定，不因困難或簡單的醫療決定，而有不同的判定標準-即識別能力。然而，此將使醫療臨床業務發生困難。

舉例說明，如對於一嚴重外傷昏昏沉沉且嚴重患部疼痛的成年病人，如此時要求其決定是否接受打針緩解疼痛或接受小傷口縫合，和要求其決定是否接受腹部探查手術所需之識別能力皆相同時，將使得醫療無法進行—該病人將持續嚴重疼痛，無法接受外界的醫療資訊，因而無法作出決定，電腦斷層等接續之檢查將無法安排，此時醫師並無足夠證據可判斷病人情況符合緊急避難的程度而不能逕行處置。醫師勢必待病人自行疼痛緩解、稍微更清醒，抑或習慣疼痛後能與醫師溝通並瞭解該醫療行為與醫師所給的醫療資訊，達到識別能力之標準，經病人允諾後始能進行醫療處置；或是生命徵象不穩定，醫師獲得足夠證據認其符合緊急避難之阻卻違法事由時，始進行醫療處置，此種過程將成醫療上之荒謬-未早期診斷早期治療，卻待危急時才冒然處置，犧牲病人之存活率，也與道德良知不符（讓病人長期處於極度疼痛的狀態而待其緩解）。故本文以為，民法通說「識別能力標準說」仍有其缺陷存在，似乎美國通說「相應增減理論」較符合現實之臨床情況。

然而目前因法規上限制，我國醫療臨床實務上，於當前實無法完全套用美國通說「相應增減理論」來處理醫療決定能力之問題。我國醫療法規對於某些醫療行為，以「行為能力標準說」為基礎明定了醫療決定能力之判斷標準，如違反醫

<sup>180</sup> 醫療法第 63 條第 2 項：「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。」同法第 64 條第 2 項：「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。」

<sup>181</sup> 王澤鑑，同註 81，頁 274。



療法規所規定之判斷標準而致損害，因該同意為無效，病人自得依民法第 184 條第 2 項為請求權基礎請求侵權行為損害賠償<sup>182</sup>。在「行為能力標準說」下，限制行為能力人與無行為能力人皆無醫療決定能力。但如不管其是否具有事實上之決定能力而為全盤否認，將此醫療決定權交由法定代理人或其他有權決定之人，如無其他之法令配套<sup>183</sup>，將有濫用親權或醫療決定權之虞，這是採取「行為能力標準說」需要思考的地方。

不過由於我國醫療法已明文採取「行為能力標準說」，因此於實際緊急救護與臨床醫療場景中，救護人員與醫護人員仍應遵守現行之法條規定來執行業務。

## 第六項 「告知後同意法則」應用於到院前救護之困境

### 一、說明人是否適用於救護技術員仍有疑義

「告知後同意法則」負說明義務之說明人，迄今為止仍無一定見解，有主張倘該第三人之能力足以勝任說明之義務，可類推適用代理之規定而由第三人盡說明之義務<sup>184</sup>。或有謂護理人員之權限不得為診察行為，故不得為說明義務之說明人<sup>185</sup>，言下之意指僅有能為診察行為之醫師始能為說明義務之說明人。到目前並無相關文獻探討救護技術員與病患之關係究竟是如何，是附屬於醫療指導醫師與病患之關係中，或是另一種獨立的關係型態，而這將影響告知義務之履行人是誰。假如救護技術員與病患之關係附屬於醫療指導醫師與病患之關係中，那麼按照僅有醫師負有說明義務其他人不可代替的看法，救護技術員將無法給予說明，當然亦無法「告知後同意」，其同意無效。然而在此模糊不清的情況下，於我國緊急醫療救護體系中，一概由在現場的救護技術員給予說明，因為目前線上指導醫師制度仍不普遍。我國法院未曾對此表示意見。

<sup>182</sup> 最高法院 86 年臺上字第 56 號判決肯定違反舊醫療法第 46 條第 1 項時有民法第 184 條第 2 項請求權之適用。

<sup>183</sup> 澳洲昆士蘭法律改革委員會( the Queensland Law Reform Commission)對於父母同意小孩的醫療決定權利作了以下的限制：「除非該醫療行為符合小孩的最佳利益，否則父母沒有權限同意小孩的醫療行為，因為父母的決定代表其判定什麼事物對於小孩的福祉是最好的。如果父母同意一個不是小孩最佳利益的決定，這個同意是無效的，而且，根據這項同意而實行身體侵入性行為的人，將構成對於小孩所為的暴行行為。」美國 Baby Doe Regulations 之規定，只有三種情況下才可以拒絕對於小孩的治療：一、小孩是處於長期無法恢復的昏迷狀態。二、治療只是延後死亡而已。三、治療無法使病人生存且是不人道的。轉引自楊琇茹，從病患自主權看病患家屬參與醫療決定的權限，中原大學財經法律學系碩士論文，頁 118，2004 年 7 月。然而我國還未有類似之規定。

<sup>184</sup> 吳志正，解讀醫病關係(二)，頁 42，2006 年 9 月初版。

<sup>185</sup> 林瑞珠，醫療手術實施之說明義務，台灣本土法學雜誌，76 期，頁 159，2005 年。

美國在 1997 年有一個針對全國前一百大的緊急醫療救護系統的全國性調查發現<sup>186</sup>，有 78% 的緊急醫療系統允許其救護人員獲知病人拒絕治療決定後不須通報醫療指導醫師，只有 15% 需要連絡醫療指導醫師。迄今美國法院仍未對說明人應為誰表示意見。緊急醫療救護的說明人為誰，仍需更多的研究與學說發展。現今我國線上醫療指導制度尚於起步階段，由線上醫療指導醫師為說明仍無可能，不過待全面普及後，亦須面對與美國一樣的問題：由誰說明的問題。然而，在線上醫療指導制度已實施多年之美國，仍有近八成之十大緊急醫療系統允許救護技術員獨自說明，而美國法院亦未對此表示意見之情形下，似乎意味著多數該國民眾能夠接受救護技術員為說明人。

## 二、救護技術員著重於支持性的醫療處置而非診斷

救護技術員之標準救護流程，主要根據生命徵象、基本的意識評估和簡要的病史給予醫療處置。救護技術員給予醫療處置的目的，是給予病患支持性的治療來穩定生命徵象與防止進一步傷害，並不著重診斷。不著重診斷的原因在於不管為何種疾病，穩定生命徵象的步驟絕大部分是相同的。既然病患疾病診斷的不同不會影響穩定生命徵象的醫療步驟，當然診斷在此並不是重要的。

舉例來說，於 2006 年台灣急診醫學會版中級救護技術員緊急醫療救護標準作業流程中，對於呼吸困難的病患，首先觀察呼吸道是否通暢，如呼吸道不通暢則可考慮使用口咽呼吸道或鼻咽呼吸道的處置來打開呼吸道；如呼吸道是通暢的，則第二步驟是檢測血氧濃度，依據測定血氧值給予不同的處置。如血氧濃度大於 95%，則直接送醫；如血氧濃度為 90-95%，則使用鼻導管或簡單氧氣面罩給氧；如果血氧濃度小於 90%，則給予純氧面罩給氧，繼續評估血氧值及呼吸次數<sup>187</sup>。於上述呼吸困難病患的緊急醫療救護標準作業流程中，並不需要給予病患診斷。除此之外，由於救護時間相對短暫，救護技術員只能採取簡單的病史詢問，再加上於院外醫療診斷儀器缺乏的限制（如無電腦斷層掃描、放射 X-ray 透視機器等），及救護技術員本身並無診斷疾病的訓練，導致救護技術員並無法給予病患精確的預後評估。在此情況下，儘管給予足夠之說明，但仍為不精確之結果而為說明。

然而，告知義務內容詳盡與否，應與病患病情之急迫性成反比。例如醫師診斷病患為胃穿孔導致休克情形發生時，此時因病患病情急迫，如稍有時間延遲將導致生命危險，自無足夠時間給予詳盡說明，對於告知內容是否詳盡自不應苛求；而假如病患接受雙眼皮手術，因該手術非屬必要且無急迫，手術醫師有足夠

<sup>186</sup> Weaver J, et al, *Prehospital Refusal of Transport Policies: Adequate Legal Protection?* PREHOSP. EMERG. CARE. 4, 53-56(2000).

<sup>187</sup> 2006 年台灣急診醫學會版中級救護技術員緊急醫療救護標準作業流程，緊急醫療系統醫療指導醫師教育訓練課程，頁 22，2007 年。

時間給予詳細說明，對病患自應善盡告知義務。在緊急救護場景中，雖救護技術員無法給予傷病患精確之預後評估，因此僅能給予不精確之說明，但考慮傷病患之病情屬緊急，因此如果傷病患亦能了解該說明內容具有不精確之性質，此種說明應可接受。

### 三、救護技術員僅初步評估決定能力

救護技術員的訓練過程中，對於決定能力的評估方面僅為初步評估，換句話說，僅將病患的意識分為「清」（意識清楚）、「聲」（對聲音有反應）、「痛」（對疼痛有反應）、「否」（對疼痛無反應），於此等基本的決定能力評估訓練後，是否能於救護實務中，判斷病患具有足夠的決定能力，亦非無疑。在上述所提到的 1997 年美國一個針對全國前一百大的緊急醫療救護系統的全國性調查結果<sup>188</sup>，83% 的緊急醫療系統要求其救護人員必須決定該傷病患是否具有行為能力並且記錄。決定病人具有行為能力的方法最常包括了病患的定向感、沒有喝酒、清楚的言談、了解疾病或傷害的性質和嚴重度，及了解某種程序的好處和壞處。我國救護技術員救護作業流程仍未對行為能力之判定流程為規定，而救護記錄表中之意識評估亦僅分為「清」、「聲」、「痛」、「否」，於拒絕送醫時亦僅要求其簽名而並無要求評估是否具有行為能力，此為潛在糾紛發生的根源。本文建議應有適當之表格來記錄救護人員對於拒絕送醫之傷病患判定決定能力的過程，而判定決定能力的過程建議採取下列步驟：

- 1、傷病患是否喝酒或有重大創傷<sup>189</sup>，如有應嘗試儘快經由警方連絡家屬，再進行以下決定能力評估。
- 2、如係執行護送前往衛生主管機關指定之精神醫療機構診療之病患，在警察、衛生機關人員未赴現場妥處並隨車戒護前，救護人員不可擅自送醫。但如遇精神病患或行為急症患者有外傷或急病，符合緊急救護範疇時，應速將傷病患就近送急救責任醫院就醫<sup>190</sup>。
- 3、傷病患如無喝酒或重大創傷，則以傷病患了解的語言或方式，給予傷病患足夠說明目前情況與建議<sup>191</sup>。

<sup>188</sup> Weaver J, et al, *Prehospital Refusal of Transport Policies: Adequate Legal Protection?* PREHOSP. EMERG. CARE. 4, 53-56(2000).

<sup>189</sup> 美國緊急醫療系統醫師協會建議於此場景中，應先設定每一個重大創傷病患均無具有決定能力。然此項設定是否能於我國實行，則須再與地方社區代表等多方討論以達共識。Mottely L, *Refusal of Medical Assistance*, in PREHOSPITAL SYSTEMS AND MEDICAL OVERSIGHT 511(3 edition, Kuehl AE eds.,2002).

<sup>190</sup> 此為內政部消防署 95 年 3 月 13 日消署護字第 0950700051 號函所規定。

<sup>191</sup> 高級救護技術員標準作業流程中規定，如傷病患拒絕處置、拒絕送醫，救護技術員應告知傷病患：一、「您的傷病況，應詳加評估與治療。」二、「您的傷病況，我們可以幫您初步處置。之後我們會將您轉送醫院，由醫師幫您做詳細的評估與治療。」三、「您的傷病況，可能比您



- 4、嘗試要傷病患解釋剛剛跟他談話的內容。
- 5、再嘗試要求傷病患決定是否仍作拒絕送醫之決定。
- 6、確定傷病患了解其採取拒絕送醫的選擇會對其之後造成的影響。
- 7、要求傷病患對其選擇提出合邏輯的理由。
- 8、如果無法通過決定能力評估，則依傷病患之最佳利益，送往最近適當醫院。

#### 四、「告知後同意法則」場景是否能適用於院外

說明義務的範圍亦為棘手的問題。不管採「理性醫師標準」、「理性病人標準」、「具體病人標準」，亦或採「折衷說」，皆為在院內的場景下所發展出來的，此時於到院前緊急救護的院外場景中，以上說明義務的範圍可否適用，亦成問題。目前亦無學者專家對此表示意見。

#### 第七項 結語

雖然「告知後同意」或「告知後拒絕」之適用於緊急醫療救護場景，目前仍有許多疑義，但是緊急醫療救護是保障民眾生命健康所不可或缺的服務，有其存在之必要性。因此，對於緊急醫療救護說明之內容、步驟與方式，應與民眾、緊急醫療救護專家、急診醫師、法律學者、律師與救護人員藉由多方討論建立共識。

本文以為緊急醫療救護場景之說明人應不限於線上醫療指導醫師，在現場之救護技術員亦為適當之說明人，雖然救護技術員因現場停留時間的短暫<sup>192</sup>、診斷器材的缺乏、傷病患過去病史之未完全了解，與醫療訓練的侷限等原因，造成其無法作出精確的診斷，而無法告知傷病患真正的預後，但是如在該場景中，能告知傷病患其告知內容之不精確，如其拒絕送醫將導致不可預測之風險，傷病患表

---

想像的還要嚴重。拒絕治療和延遲治療，可能使病況惡化。」傷病患如果堅持拒絕處置、拒絕送醫，救護技術員應請傷病患（或其家屬）於救護紀錄表內簽章，並向救災救護指揮中心報告。本文認其為足夠且適當之告知。臺北市消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊，2008年4版。

<sup>192</sup> 舉台北市為例，民國91年2月至92年1月的期間內，消防局救護人員對於創傷的病患，從出勤時間至到院時間平均僅有短短的19分鐘，而此時間包括救護車從消防分隊至事發現場，於事發現場做簡單之包紮止血、搬運病患至救護車上和從事發現場送病患到醫院所需的時間。蔡明霖，重大創傷患者的緊急醫療服務和醫院照護品質在非工作時間是否降低？臺灣大學預防醫學研究所碩士論文，頁37，2006年。



示了解時，應是可接受之說明；主張救護技術員亦可為說明人的另外一個原因在於此種告知內容之不精確並無法藉由線上指導醫師之說明而能更加精確，蓋此不精確的主因多為客觀環境所造成，而非其他更專業之人所能彌補與改變。然而為說明前，應確認該傷病患具有醫療決定能力，而決定能力之判定，本文以為應採用美國通說「相應增減理論」來決定傷病患是否具有決定能力。在「相應增減理論」決定能力之基礎下，於救護作業流程下訂立判定決定能力之步驟，達到一致之標準。於救護技術員之訓練過程中，應加強判定決定能力之學識課程，並給予救護技術員「告知後同意」及「告知後拒絕」目前實務與通說發展現況之介紹，另外於醫療指導的品質管理中，增加決定能力評估之記錄空間或表格，與加強救護記錄表之相關記錄，藉以保護救護技術員與傷病患雙方，達到定紛止爭之目的。

### 第三節 送往醫院階段

#### 第一項 緊急救護辦法與緊急醫療救護法

消防法第 24 條規定：「直轄市、縣（市）消防機關應依實際需要普遍設置救護隊；救護隊應配置救護車輛及救護人員，負責緊急救護業務。前項救護車輛、裝備、人力配置標準及緊急救護辦法，由中央主管機關會同中央目的事業主管機關定之。」而依消防法第 24 條第 2 項為法源制定的緊急救護辦法中，除了明確說明其所規範之救護人員，限於直轄市、縣（市）消防機關執行緊急救護任務之人員外<sup>193</sup>，亦規定了緊急救護係指緊急傷病患或大量傷病患之現場急救處理，及送醫途中之救護。其進一步規定緊急傷病患為因災害或意外事故急待救護者、路倒傷病無法行動者、孕婦待產者，及其他緊急傷病者四大類<sup>194</sup>。於此辦法中，緊急傷病患之運送就醫服務，應送至急救責任醫院或就近適當醫療機構，但如緊急傷病患本人或其隨從家屬要求送至前項以外其他醫療機構者，得收取費用<sup>195</sup>。依文義解釋，緊急傷病患本人或其隨從家屬有機會可選擇任意之醫療院所，有溝通及磋商之餘地。

<sup>193</sup> 緊急救護辦法第 2 條：「本辦法所指之救護人員，為直轄市、縣（市）消防機關執行緊急救護任務之人員。」

<sup>194</sup> 緊急救護辦法第 3 條：「本辦法用語，定義如下：

一、緊急救護：指緊急傷病患或大量傷病患之現場急救處理及送醫途中之救護。

二、緊急傷病患：指下列情形之一者：（一）因災害或意外事故急待救護者。（二）路倒傷病無法行動者。（三）孕婦待產者。（四）其他緊急傷病者。」

<sup>195</sup> 緊急救護辦法第 5 條：「緊急傷病患之運送就醫服務，應送至急救責任醫院或就近適當醫療機構。緊急傷病患本人或其隨從家屬要求送至前項以外其他醫療機構者，得依緊急醫療救護法施行細則第十二條規定收取費用。」

緊急醫療救護法，則規定了該法所規範的救護人員，係指醫師、護理人員、救護技術員<sup>196</sup>，其所規範之對象較緊急救護辦法大，除消防機關所屬之救護技術員外，亦包括民間救護技術員、護理人員及醫師。而其所規範之緊急醫療救護，包括緊急傷病或大量傷病患之現場緊急救護及醫療處理、送醫途中之緊急救護、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診，與醫療機構之緊急醫療。與緊急救護辦法比較起來，其所規範的緊急醫療救護範圍，也比緊急救護辦法大。

然而值得注意的是，於緊急醫療救護法施行細則中，其定義緊急傷病患為「具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病病患」。而大量傷病患指單一事故、災害發生之傷病患人數達十五人以上，或預判可能達十五人以上者；重大傷病患則指傷害或疾病狀況具生命威脅之危險，需專業醫療團隊予以立即處置者。故其與緊急救護辦法兩相比較之下，在現場緊急救護及醫療處理、送醫途中緊急救護的場景來看，緊急醫療救護法所規範的緊急傷病患係限縮於較嚴重之傷病患，其嚴重到如未即時給予醫療救護處理將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病病患，而緊急救護辦法之緊急傷病患定義則較寬廣，尚包括因災害或意外事故急待救護者、路倒傷病無法行動者，及其他緊急傷病者，但卻仍未達如未即時給予醫療救護處理將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常。

因緊急醫療救護法所規定之緊急傷病患，較緊急救護辦法的規定限縮，為病情較嚴重之病患，因此該法第 29 條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」該條於民國 96 年 6 月 8 日為配合消防法第 16 條規定，修正指揮中心名稱為救災救護指揮中心時，其於該條之修正理由第 2 項表示：「所稱適當醫療機構，包括急救責任醫院在內。」換句話說，根據緊急醫療救護法的規定，救護人員應將緊急傷病患送至就近適當機構或就近急救責任醫院，是為「裁量之法律化」。除此之外並無可應允緊急傷病患或家屬要求送至其他醫療機構之條文，因此緊急醫療救護法相較於緊急救護辦法，救護人員對於決定送往醫院的裁量權，及病患與家屬之決定權，均因而限縮。當然，如緊急傷病患本人或家屬要求送往之醫院符合就近適當醫院之要件，則應依緊急傷病患本人或家屬的意思，送往其要求之就近適當醫院。如思考其中涵義，似乎立法者隱含著對於病情越嚴重的病患，國家對於該病患基於「確保緊急傷病患之生命及健康」之給付行政目的<sup>197</sup>，負有更多的保護義務。

<sup>196</sup> 緊急醫療救護法第 4 條參照。

<sup>197</sup> 緊急醫療救護法第 1 條：「為健全緊急醫療救護體系，提昇緊急醫療救護品質，以確保緊急傷病患之生命及健康，特制定本法。」

## 第二項 送往醫院之選擇

根據緊急醫療救護法第 29 條規定，救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達「就近適當醫療機構」。於民國 96 年 6 月 8 日該條立法理由第 2 項中，明確表示所稱適當醫療機構，包括「急救責任醫院」在內。緊急救護辦法第 5 條規定，緊急傷病患之運送就醫服務，應送至「急救責任醫院」或「就近適當醫療機構」。此時兩法規就會出現實務上的問題：如急救責任醫院雖為就近之醫療機構，但卻非適當之醫療機構時，救護人員是否有過失？舉例來說，如某病患病情需要眼科醫師診治，但救護人員明知該急救責任醫院並無眼科醫師卻仍送往，此時救護人員是否有過失？

醫院選擇的另一個問題是，如傷病患或家屬要求到「非就近」但卻「適當」、「就近」但「非適當」或是「非就近」亦「非適當」之醫療機構時，此時是否能遵從傷病患或家屬之意思，將之載往其欲前往之醫院？

順從傷病患決定送往其所想要到的醫院，有時亦符合傷病患的最佳利益，因為該醫院有對其病情已熟知的醫師，且該醫院也有傷病患過去的病歷，對於傷病患病情的持續照護有好處，因此不可能完全拒絕傷病患的要求。

由於順從傷病患的決定有以上的好處，但送至就近適當的醫院又可以使救護車及救護人員保持在自己的服務區塊，避免調度不及反應時間變長，影響其他傷病患權益，讓資源能更有效利用。因此美國有的緊急醫療系統採取兩種妥協的方式。第一種是如果該病患所要求之送往醫院，比最近適當醫院的車程並無多超過 10 分鐘，那麼救護人員會同意傷病患要求將之送往其要求的醫院。第二種是如果救護人員認為傷病患所要求的送往醫院距離太遠，可能會導致傷病患在運送當中有生命危險，則救護人員會連絡醫療指導醫師，告知該情況，而醫療指導醫師可能在傷病患威脅如果不送到其所指定之送往醫院，其將拒絕緊急醫療系統的運送，或是傷病患和救護人員發生激烈爭論的情況下，同意傷病患的要求，將其送往其所要求的醫院<sup>198</sup>。

### 第一款 美國之爭訟案例

對於送往醫院的選擇，如果救護技術員所考慮的並不是傷病患的醫療需要和其最佳利益，而是由於醫療以外的考量時，美國法院會用判決給予嚴厲的懲罰。在 *Hospital Authority of Gwinnett County v. Jones* 判決中<sup>199</sup>，有一個傷病患遭受了

<sup>198</sup> Mottely L, *Refusal of Medical Assistance*, in PREHOSPITAL SYSTEMS AND MEDICAL OVERSIGHT 507-518 (3 edition, Kuehl AE eds., 2002).

<sup>199</sup> *Hospital Authority of Gwinnett County and Gwinnett Ambulance Services Inc v. Jones*, 386 S.E 2d



嚴重的燒傷，對其醫療最適當的燒傷中心距離事發現場，如果用救護直升機運送的話僅需要 15 到 20 分鐘的飛行時間。但施行緊急救護之救護技術員卻由於與另一家醫院有經濟上的掛勾，將其送到該家對其醫療不適當的醫院，造成到達該醫院後無法治療而導致另一次的轉診，因而造成醫療的延遲。然而在該轉診中，直升機卻失事而造成機長與組員皆喪生，但傷病患卻存活了下來。美國法院判決該醫院須賠償 130 萬美金的懲罰性賠償，該救護車公司需賠償 5 千美金。

傷病患或家屬是否能決定要送到哪家醫院？美國有一案例是有關於這個問題<sup>200</sup>。有一個傷患經到達現場進行緊急救護的救護技術員評估認為病患應送至一級創傷中心（Level I），但意識清楚的病患卻想送至二級創傷中心（Level II），當救護技術員詢問線上指導醫師時，線上指導醫師根據當地政府機關制定通過的標準作業流程同意了傷患的決定。後來病患在送達的二級創傷中心，於等待治療的過程中死於破裂的動脈瘤。父親因而對線上指導醫師提告。後來父親因無法提出證明病患會因為送往一級創傷中心而會存活而敗訴。

## 第二款 我國之爭訟案例

臺灣高雄地方法院 97 年度國字第 3 號民事判決為我國有關於送往醫院之爭訟。

### 一、本件之案例事實

原告主張其女黃意婷駕駛重型機車與自用小貨車發生碰撞，黃意婷因此受有頭部外傷、顱內出血之傷害。詎被告高雄縣政府消防局於接獲報案後，竟延誤 30 分鐘，遲至是日 14 時 15 分許，始將黃意婷送至設備不足之被告周富榮即重安醫院救治，而未將黃意婷送往義大醫院或旗山醫院，致黃意婷因被告重安醫院設備不足無法開刀救治，復因被告重安醫院疏未將黃意婷轉診至適當醫院進行緊急治療，黃意婷因而延至是日 15 時 45 分許不治死亡。被告重安醫院有上開過失，自應負侵權行為責任；被告高雄縣政府消防局之 119 救護人員於執行緊急救援職務時，怠於執行職務，且未將黃意婷送到適合的醫療機構治療，亦有過失，自應負國家賠償法第 2 條第 2 項之賠償責任。爰依國家賠償法第 2 條第 2 項及民法侵權行為之法律關係提起本訴。

被告高雄縣政府消防局以黃意婷經初步急救處置意識清醒，能明白表達姓名、地址、電話等事項，當時並無任何異狀，並於被告之救護人員詢問其是否就近送至重安醫院時，表示同意送至重安醫院，被告之救護人員乃依黃意婷之要求送至就近之重安醫院。而本件經行政院衛生署醫事審議委員會鑑定結果，認重安

120, Supreme Court of the State of Georgia, Brief of Appellee, 1989.

<sup>200</sup> Smith v. Medical Center East, 585 So.2d1325, 1991.

醫院為行政院衛生署評鑑合格之地區醫院，其設備及人力等條件，應有即時對被害人施以急救之合適能力。故救護人員將黃意婷送往重安醫院救治，並無怠於執行職務之情事，亦無過失可言。

另一被告重安醫院以黃意婷被送至醫院時，全身皆有外傷，且神智不清，昏迷指數為4分，血壓脈搏微弱無法測量，呼吸不順，須立即實施急救措施以穩定生命跡象，被告醫院醫師楊日利乃予以插氣管內管、人工呼吸、體外心臟按摩、氧氣、注射強心劑及電擊等急救治療，惟黃意婷經急救90分鐘後，仍因傷勢嚴重不治死亡。依緊急醫療救護法第35條、第60條第1項之規定，對於緊急傷病患或危急病人應先予急救，始可轉診，被告醫院因黃意婷上開到院時情狀，先予急救而未立即轉診，並無過失。

## 二、法院見解

法院依救護紀錄表及2位證人之證述，本件被害人黃意婷於車禍現場經初步急救處置時意識尚清醒，且能明白表達姓名、地址、電話等事項，當時並無任何異狀，並於被告之救護人員詢問其是否就近送至重安醫院時，表示同意送至重安醫院，被告之救護人員乃依黃意婷之要求送至就近之重安醫院，依此情形，被告之救護人員將黃意婷送至重安醫院，應無違反緊急救護辦法第5條第1項規定或有何可歸責之過失可言。又經行政院衛生署醫事審議委員會鑑定之結果，亦認重安醫院為行政院衛生署評鑑合格之地區醫院，其設備及人力等條件，應有即時對被害人施以急救之合適能力，故被告之救護人員將黃意婷送往重安醫院救治，即不足以認為有何怠於執行職務之情事，亦無過失可言。另以行政院衛生署醫事審議委員會鑑定理由認為重安醫院之治療符合一般醫療常規及標準程序而判決原告敗訴。

## 第三款 評析

緊急救護中，某些特定傷病患是最需要緊急醫療救護服務的民眾，例如於火場中救出，周圍無家屬的昏迷傷病患抑或無行為能力人，對於此種病人的緊急救護，往往就需行政機關主動伸出援手，保障其生命與健康。除此之外，由於緊急救護有其時間之急迫性，對於緊急救護之實施，往往是且戰且走，邊談邊做，當雙方意見僵持不下時，卻需要有一個立即之決定，此時亦需要有一個能為立即決定之機制來打破僵局。

由緊急醫療救護法與緊急救護辦法的規定可知，立法者隱含著對於病情越嚴重的病患，國家對於該病患基於「確保緊急傷病患之生命及健康」之給付行政目的，負有更多的保護義務。因此，對於該群急需救護但傷病患或其家屬卻無法為即時決定之場景下，應有即時強制之存在。

行政執行法第 36 條第 1 項：「行政機關為阻止犯罪、危害之發生或避免急迫危險，而有即時處置之必要時，得為即時強制。」對人民行為或不行為義務的行政強制執行，原則上係以人民不履行經行政機關以行政處分設定之義務為要件，並需告戒及核定具體之強制方法，始得使用該強制方法。惟行政機關在有當前之緊急危害，不能等待行政處分作成，再依一般程序予以執行的情形，立即在法定職權範圍內，依法律規定採取必要的措施，則為所謂的「即時強制」<sup>201</sup>。學說上原認為，「即時強制」係集中「設定義務之行政處分」及「執行方法之告戒、核定與行使」於一行為，本身即為一行政處分。但行政處分必須對相對人為通知，而後發生效力，即時強制則未必對特定之相對人為之。因此現行通說認為，即時強制係事實行為<sup>202</sup>。

### 一、「即時強制」之要件

依照目前通說，即時強制須具備下列之要件<sup>203</sup>：

#### 1、需具有法定之職權

行政機關因事態緊急，須立即採取必要措施，而為即時強制時，雖不能等待行政處分之作成，但該事務之本質，仍應為行政機關依其法定職權得作成行政處分者，行政機關並不因之而獲得原所未有之權限。

#### 2、須有應即為處置之緊急事態

如非事態緊急，行政機關自可先依一般行政程序，對相對人作成行政處分後，經強制方法之告戒及核定，再予以執行，而無即時強制之必要。行政執行法第 36 條第 1 項規定有三種情況而須即時處置時得為即時強制：阻止犯罪、阻止危害之發生，或避免急迫危險。

#### 3、須為必要之處置

行政機關所採取的措施，須為阻止危害及避免危險之所必要，如有其他手段，可以達成相同之目的時，原來的即時強制方法即非必要。

### 二、「即時強制」之方法

行政執行法第 36 條第 1 項：「即時強制方法如下：一、對於人之管束。二、對於物之扣留、使用、處置或限制其使用。三、對於住宅、建築物或其他處所之

<sup>201</sup> 陳敏，同註 51，頁 880。

<sup>202</sup> 陳敏，同註 51，頁 883；吳庚，同註 49，頁 557。

<sup>203</sup> 陳敏，同註 51，頁 880。



進入。四、其他依法定職權所為之必要處置。」之後，行政執行法第 37 條至第 40 條列舉了「對人之管束」、「對物之扣留、使用、處置或限制其使用」、「對住宅、建築物或其他處所之進入」之實施條件。

於「其他依法定職權所為之必要處置」方面，行政機關實施即時強制時，應皆是依其法定職權所得為之必要處置為限。如行政機關之法定職權不在上述類別範圍內時，如具備即時強制之要件，自亦得依其法定職權為必要之處置。

### 三、緊急醫療救護為「即時強制」的時機

#### 1、緊急醫療救護為直轄市、縣（市）政府消防機關之法定職權

依據民國 84 年 8 月 11 日所修正公佈的消防法第 1 條：「為預防火災、搶救災害及緊急救護，以維護公共安全，確保人民生命財產，特制定本法。」正式將緊急救護明定為消防三大任務之一。同法第 24 條第 1 項亦記載：「直轄市、縣（市）消防機關應依實際需要普遍設置救護隊；救護隊應配置救護車輛及救護人員，負責緊急救護業務。」由以上法條可知，緊急醫療救護為直轄市、縣（市）政府消防機關之法定職權。

#### 2、具有避免急迫危險應即為處置之緊急事態

對於急需醫療照顧卻無法即時為有效決定之緊急傷病患來說，其具有避免急迫危險應即為處置之緊急事態，符合即時強制的要件。如緊急傷病患能為有效決定，儘管該傷病患所作的決定並非最好的醫療決定，但因考慮病人之醫療自主權，仍須給予尊重，此時即非為即時強制之時機。

該急迫危險的要件，應限定於緊急醫療救護法所定義之緊急傷病患，即「具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理，將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病」之患者<sup>204</sup>。

在 Truman v. Thomas 的判決中認為告知後同意的例外，其中一個主要的例外是在緊急情況下且病患缺乏決定能力的時候。學者 Rozovsky 依該判決意旨描述該告知後同意例外可適用在兩個場景<sup>205</sup>：一、該病患無決定能力且無法為告知後決定，而該無決定能力的原因歸因為傷害或休克等。二、患有危及生命或健康之疾病或傷害而需要立即被治療，如果延遲治療將導致死亡或殘障。

但在 Shine v. Vega 判決中<sup>206</sup>，Rozovsky 的告知後同意例外的第二個場景，

<sup>204</sup> 緊急醫療救護法施行細則第 2 條第 1 款與第 2 款參照。

<sup>205</sup> Rozovsky F, *Editorial*, DEFENSE LAW J 33, 579(1984).

<sup>206</sup> Shine v. Vega, Supreme Judicial Court of Massachusetts, 429 Mass. 456, 709 N.E. 2d58, April 29, 1999 decided.

在該判決中不同法官有不同意見。本件案例事實為有一個名叫 Katherine Shine 的氣喘患者，於 1990 年在波士頓的姊姊家中發生急性氣喘發作。她姊姊說服她到急診接受治療，但她只願意接受氧氣治療而不願接受其他治療。等到她和她姊姊要離開急診的時候，他們卻被醫院的醫師和警衛拘留起來。後來 Shine 被約束起來，因為氣喘發作最後被插管。兩天後 Shine 治療完成離開醫院。這件事情讓 Shine 有心理創傷，因而導致她在 1992 年氣喘又發作的時候，不願在第一時間接受治療，後來終於延誤治療導致死亡。Shine 的家人因而控告醫院。上訴法院的法官認為因為 Shine 當時面臨到一個生命威脅的場景，因此醫師不須經同意並立即可著手治療，判決醫師與醫院勝訴。法官並建議陪審團：沒有病人有權利在生命威脅的情況下拒絕治療（no patient has a right to refuse medical treatment in a life-threatening situation）。Shine 家人對該判決不服提起上訴，州最高法院廢棄該判決並發回重審。州最高法院認為醫師只有當病人在有生命威脅的情況下，且該病人不是意識不清就是無法給予有效同意時，始能不經同意而執行治療。

國內有學者支持該州最高法院之見解<sup>207</sup>，認在緊急情況例外的情形下，有三個要件必須成立。

- 第一、有一清楚、立即的對生命、身體健康的嚴重威脅存在。
- 第二、若要得到病人的告知後同意將會嚴重損及病人康復的希望。
- 第三、病人無法有效行使同意權。

本文亦同意如確定傷病患能有效行使告知後決定權，儘管在有緊急醫療救護法所定義之緊急傷病患之病情下，應尊重病人決定。但如於重大創傷病患生命徵象不穩定時，因其嚴重疼痛而導致救護人員無法立即確定該傷病患之決定能力，而重大創傷病患此時如要求送至非適當醫院時，順從其決定便有疑問。美國緊急醫療系統醫師協會建議於此場景中，應先設定每一個重大創傷病患均無具有決定能力<sup>208</sup>，然後以病人最佳利益為考慮將其送往原先設定的創傷中心<sup>209</sup>。此時儘管重大創傷病患可能會反對，但只要他不要有激烈的動作反抗，還是將之送至創傷中心。

<sup>207</sup> 楊秀儀，同註 160，頁 382。

<sup>208</sup> Mottely L, *Refusal of Medical Assistance*, in PREHOSPITAL SYSTEMS AND MEDICAL OVERSIGHT 511 (3 edition, Kuehl AE eds., 2002).

<sup>209</sup> 美國有一個全國性的研究發現，創傷病患於創傷中心照顧比在非創傷中心照顧，其院內死亡率(7.6% vs. 9.5%) 與一年死亡率(10.4% vs. 13.8%)皆較低且有統計學上的意義，而死亡率差別的主要原因是由於重大創傷的那一群病人於創傷中心的死亡率較低所造成的。MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al, *A National Evaluation of the Effect of Trauma-Center Care on Mortality*, N. ENG. J. MED. 354, 366-78(2006)。於臺北市政府消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊中之肢體外傷之準則第4條，與頭部外傷之準則第9條皆明確規定了生命徵象不穩定的病患要儘速轉送本市創傷中心。(頭部外傷準則第9條：對於多處創傷或生命徵象不穩定的病患要儘速轉送本市創傷中心。肢體外傷之準則第4條：若病患生命徵象不穩定，將病患固定於長背板，儘速轉送至最近且有足夠能力處理的醫院【創傷中心】)。臺北市政府消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊，2008年5月4版。

有爭議者，在於如傷病患本人無法為有效告知後決定時，隨從家屬代之決定並非最好之醫療決定，且無有效之文件證明其為有權代理，此時是否仍須尊重家屬之決定？依緊急醫療救護法第 29 條：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」雖然緊急救護辦法第 5 條第 2 項規定緊急傷病患本人或其隨從家屬要求送至急救責任醫院或就近適當醫療機構以外其他醫療機構者，得依規定收取費用。其規定似有讓家屬亦有選擇非最好醫療決定之機會，然而應注意緊急救護辦法所定義之緊急傷病患與緊急醫療救護法所規定之緊急傷病患定義不同，於符合緊急醫療救護法所定義之緊急傷病患要件時，並無讓傷病患本人或家屬有決定送往非就近適當醫院之機會，但為尊重傷病患本人之就醫自主權，如其瞭解風險後仍為此決定，且本人所要求之醫院並無距離太遠使運送時間過久，無可能造成其他傷病患無法接受緊急救護之公共利益減損下，似無理由拒絕其決定。然而如符合緊急醫療救護法所定義之緊急傷病患要件時，因家屬無決定送往醫院的權力，如聽從家屬決定將其送往違反病人最佳利益的醫院，亦無法免除其過失責任。於此種避免急迫危險應即為處置之緊急事態下，如同時符合即時強制之要件，自得依其法定職權為必要之處置，逕將其送往就近適當醫院<sup>210</sup>。

### 3、緊急醫療救護為必要之處置

直轄市、縣（市）消防單位所執行之緊急醫療救護，為確保緊急傷病患之生命、身體及健康，不再受內科疾患或所受外傷進一步傷害所需之必要處置，無法用其他手段可以達成相同之目的。

因此，由以上的要件審查可知，直轄市、縣（市）政府消防機關欲使用即時強制行政行為來執行緊急救護，須在具有避免急迫危險應即為處置之緊急事態，而此事態通常在於傷病患無法行使有效之告知後決定時。如該受緊急救護病患符合緊急醫療救護法所定義之緊急傷病患之要件但本人卻無法行使有效之告知後決定時，救護人員依家屬之要求送往非就近適當醫療機構時，不符合病人最佳利益，而因此造成病患因果關係之損害時，其仍因過失不法而有國家賠償法之適用。但如違背家屬之決定，卻將緊急傷病患送至不符合傷病患最佳利益之醫院，即非適當醫院時，如送往醫院之決定與該傷病患之損害有因果關係時，此時則為公務員違法侵權行為之另一種態樣，自有國家賠償法之適用。

<sup>210</sup> 在 1982 年美國總統委員會針對醫療與生醫道德議題研究(The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research)結論中，亦表達了類似的看法：”To protect the interest of patients who lack decision-making capacity, decisions made by others should, when possible, replicate those that patients would make if they were capable; when not feasible, the decisions of surrogates should protect the patient's best interests.”國內亦有採類似看法者：”為了調和成年欠缺意思能力病患之病患自主權，與病患家屬決定權，家屬在代理病患為醫療決定時，應以病患之最佳利益為考量，做出符合病患最佳利益之醫療決定。”楊琇茹，同註 183，論文摘要，2004 年 7 月。



#### 四、緊急救護屬「其他依法定職權所為之必要處置」

行政執行法第 36 條第 1 項之「對人之管束」、「對物之扣留、使用、處置或限制其使用」、「對住宅、建築物或其他處所之進入」等，皆為提示規定。行政機關之法定職權不在上述類別範圍內時，如具備即時強制之要件，自亦得依其法定職權為必要之處置。因緊急救護非屬上述三種類型，亦屬消防法內規定屬於消防機關之法定職權，固屬「其他依法定職權所為之必要處置」<sup>211</sup>。

### 第三項 救護車車禍

因緊急醫療救護法第 17 條第 2 項規定，救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈，當救護車使用警鳴器及紅色閃光燈，表示欲救援的病患情況緊急，職是之故，相關交通法規也賦予不受標線、標誌及號誌指示、臨時停車的限制與救護車優先路權<sup>212</sup>。然而，由於執行緊急救護可能因時間的延遲而導致緊急傷病患傷勢更加嚴重，因此對於所有病患，不管情況緊急或不緊急，各消防分隊接到救災救護指揮中心的派遣命令後，皆視為情況緊急而使用警鳴器及紅色閃光燈，闖紅燈以高速駕駛到達現場。將傷病患送上救護車後，同樣也以全速將傷病患送往醫院<sup>213</sup>。民間救護車公司或醫院所屬救護車也有相同的情形。因此而造成許多車禍，而於實務中也不乏有民眾因車禍請求國家賠償，或向民間救護車設置機構請求損害賠償的案例<sup>214</sup>。根據統計研究指出<sup>215</sup>，消防機關救護車每 10 萬出勤次數中，民國 90 年發生交通事故為 20 件、民國 91 年為 34 件、民國 92 年為 49 件、民國 93 年為 74 件、民國 94 年為 111 件，顯見消防機關救護車於執行緊急救護勤務時發生交通事故件數（或比例）有逐年攀升之趨勢，尤其 90 年與

<sup>211</sup> 學者吳庚認為「強制措施應與干涉行政受相同程度之依法行政原則之拘束。換言之，須積極的有法律授權使得採取相關措施，但法理上允許例外情形存在，即符合正當防衛及緊急避難之條件時，行政機關雖無法律明文依據，亦得為強制措施之行為。」見吳庚，同註 49，頁 472。

<sup>212</sup> 道路交通安全規則第 93 條第 2 項、第 94 條第 3 項、第 101 條第 6 款、第 113 條、第 129 條；道路交通管理處罰條例第 7-2 條、第 45 條、第 74 條；高速公路及快速公路交通管制規則第 5 條、第 8 條、第 9 條、第 12 條、第 17 條。

<sup>213</sup> 有一個研究針對桃園縣的民眾意見調查發現，一般民眾對於桃園縣政府消防局執行到院前緊急醫療救護服務品質方面最重視「送醫途中救護車依規定開啟警報器與警示燈」。另外一般民眾最滿意的救護品質為「送醫途中救護車依規定開啟警報器與警示燈」。由此也隱約可見民眾對於警鳴器與警示燈的使用相當重視，這也可能是為何救護人員均於緊急救護中，不管是否需要皆會打開警鳴器與警示燈的其中原因之一。詳見鄭安平，消防機關到院前緊急醫療救護服務品質之評估研究—以桃園縣為例，中央警察大學消防科學研究所碩士論文，2004 年。

<sup>214</sup> 如臺東地方法院 95 年度訴字第 208 號民事判決、士林地方法院 96 年度簡上字第 10 號民事判決、臺北地方法院 97 年度北國簡字第 9 號民事判決、板橋地方法院 92 年度訴字第 835 號民事判決、臺北地方法院 98 年度國簡上字第 3 號民事判決、臺北地方法院 96 年度簡上字第 354 號民事判決等。

<sup>215</sup> 魏健利，同註 39，頁 34。

94 年比較，成長超過 5 倍，該項警訊值得消防、衛生及警察機關加以重視。於同一研究中，發現由出勤至現場的路程上發生車禍的比例最高。然而根據民國 82 年統計顯示，情況緊急到需使用救護車特權者僅佔所有 119 案件中的 14 到 16%<sup>216</sup>，由此可知救護人員有濫用警示燈與警鳴器之嫌，而救護車車禍的爭訟中，主要的爭點之一亦在於是否有情況緊急的要件而得使用警鳴器及紅色閃光燈，不受標線、標誌及號誌指示的限制。

然而何謂情況緊急？法院對此意見表示不多。臺灣士林地方法院 96 年度簡上字第 10 號民事判決以民間救護車機構管理辦法第 16 條規定<sup>217</sup>：「救護車之用途，以左列為限：一、救護緊急傷病患。二、運送病人。三、實施防疫措施及緊急運送醫療救護器材、藥品、血液或器官。」遽認系爭救護車因運送血品得使用警鳴器及紅色閃光燈，而未加以審查該血品之運送是否緊急；臺灣臺東地方法院 95 年度訴字第 208 號民事判決認情況緊急之判定應依據醫師之專業判斷；臺灣臺北地方法院 98 年度國簡上字第 3 號民事判決中，法院以自行查詢醫療資訊，以心證認定救護車執行運送血液任務應屬情況緊急。

由以上之判決可知，各法院對於「情況緊急」之認定均有所不同。然而，對於情況緊急的定義，於臨床上甚為重要，如能適當定義，便能對救護人員加以宣導，以避免因為目前模糊不清的定義，導致救護人員畏懼訟爭而往往將病患任何情況皆視為緊急，增加緊急醫療運送中對救護人員、一般用路人及病患本人不必要之風險<sup>218</sup>。緊急醫療救護法及相關之交通法規賦予救護車於「情況緊急」的要件下，可使用警鳴器及紅色閃光燈以不受標線、標誌及號誌指示、臨時停車的限制與優先路權，是有緊急避難之適用，因病患病危如不加以迅速獲得醫療處置或其所需的物資如不立即得到，便有生命危險之虞，因此緊急避難中之「必要程度原則」與「法益權衡原則」自應考慮，然上述判決內文均未對此加以審酌及描述。本文建議法院對於「情況緊急」之認定，可在「必要程度原則」與「法益權衡原則」的基礎下，以白話方式函文詢問醫師之判斷，以之而為心證，並於判決文內述明心證，以為允當。

於救護車之駕駛員方面，對於消防局所屬救護人員，除加強宣導外，應明定使用救護車特權之條件於救護作業流程中並以醫療指導方式而為品管，另外由於救護車車禍發生之比例以出勤至救護現場的這一段路程上發生最多，此與是否正

<sup>216</sup> 胡勝川，同註 5，頁 5。

<sup>217</sup> 「民間救護車機構管理辦法」已於民國 97 年 9 月 5 日行政院衛生署醫字第 0970204415 號修正發布名稱及全文 17 條，更名為「救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法」。

<sup>218</sup> 美國保險公司與美國健保 HMOs 精算的結果，救護車車禍所造成的損害賠償總金額竟比允許救護技術員在現場評估傷病患是否須運送到醫院所可能造成過失侵權損害賠償總金額要高，因此鼓勵救護技術員於現場評估減少救護車運送的機會，救護車車禍的問題在此亦可見端倪。Shanaberger CJ, Hall SA, *Legal Issues*, in PREHOSPITAL SYSTEMS AND MEDICAL OVERSIGHT 408 (3 edition, Kuehl AE eds., 2002).

確派遣相關，因此也需特別對於救災救護指揮中心的派遣員之正確派遣加以品質控管，促進派遣員了解傷病患之病情與現場環境，避免其違反派遣之標準作業流程，一味採取派遣全速至現場的救護車等級，因而造成損害有國賠責任之產生。於非醫院之民間救護車設置機構之救護車人員，因其亦須依照地方政府所制定之救護作業流程施行救護，故如於救護車車禍爭訟時，該救護作業流程所規定使用救護車特權之條件，法院亦可以之作為判斷依據之心證參考。對於醫院所屬救護人員，於出勤前亦須讓醫師依專業先為判斷其是否為情況緊急事件，或是讓醫師寫明其運送時間為多久為佳、多久需要用到該血品，使救護人員有所準據，藉此減少因救護車特權濫用而發生之車禍事故不斷重演。

但於臨床上如何判斷傷病患情況緊急？因於現場施行緊急救護的時間通常很短暫，舉臺北市為例，根據蔡明霖之統計，民國 91 年 2 月至 92 年 1 月的期間內，消防局救護人員對於創傷的病患，從出勤時間至到院時間平均僅有短短的 19 分鐘<sup>219</sup>，而此時間包括救護車從消防分隊至事發現場，於事發現場做簡單之包紮止血、搬運病患至救護車上，和從事發現場送病患到醫院所需的時間。於此短暫之時間內要作出一正確之診斷非常困難，因此以診斷來作為是否情況緊急之要件為實務上所不可行。

判斷情況是否緊急，本文建議採取下列原則：

一、對於非創傷病患，建議採取「一目即知」及「一測即知」原則，即利用傷病患之生命徵象、呼吸型態、氧氣濃度及意識來作判斷，如傷病患之血壓低、心跳快速、呼吸困難、呼吸型態異常、氧氣濃度下降、意識不清等，則符合情況緊急之要件。另外，如病患之主訴為胸痛或剛在 3 小時內發生神經學的症狀時，由於該病患有可能發生急性心肌梗塞或腦中風，分別有 12 小時與 3 小時的黃金治療時間<sup>220</sup>，因此也應視為緊急情況，須儘速將其送往適當的醫院接受治療。

二、對於創傷病患，則除傷病患之生命徵象不穩定、呼吸困難、呼吸型態異常、氧氣濃度下降、意識不清等與非創傷病患判斷標準相同的原則外，另外仍須依創傷病患受傷位置與嚴重程度、受傷機轉來作判斷。舉例來說，雖創傷病患依「一目即知」及「一測即知」原則無法歸類於情況緊急之病患，但因該病患有兩處以上之近端長骨骨折，如遲延送醫將導致該病患持續出血造成短時間後之生命徵象不穩定影響生命，故此時仍應判定為情況緊急之病患<sup>221</sup>。創傷病患之生命徵象、

<sup>219</sup> 蔡明霖，同註 192，頁 37。

<sup>220</sup> American Heart Association, *Part 8: Stabilization of the Patient With Acute Coronary Syndromes, Part 9: Adult Stroke*, 112 CIRCULATION IV-90, IV-112 (2005).

<sup>221</sup> 對於創傷病患的到院前救護，重點除了維持呼吸道通暢與固定頸椎、換氣正常、止血與預防休克、評估意識與神經學症狀、曝露全身檢查與保暖外，還要儘量減少停留在現場的時間。原因在於嚴重創傷病患之狀況通常變化迅速，而在現場並無診斷工具與足夠的人員與設備來作診斷與治療。在現場停留過久，反而會造成病患的存活率下降。American College of Surgeons Committee on Trauma, *Initial Assessment and Management*, in ADVANCED TRAUMA LIFE



受傷位置與嚴重程度、受傷機轉的判斷基準，可參考美國外傷醫學會出版之高級外傷救命術（Advanced Trauma Life Support）書中的現場檢傷分類流程圖（Field Triage Decision Scheme）<sup>222</sup>。流程圖中建議送往創傷中心之傷患條件，可作為情況緊急之判斷基準。由以上舉例可知，創傷病患情況緊急之判斷要件，較非創傷病患之要件為鬆。以上述之原則來作判斷，具有客觀標準之好處。



---

SUPPORT FOR DOCTORS 2 (8 eds, 2008).

<sup>222</sup> 同前註，頁 3。

## 第五章 結論

### 一、我國緊急醫療救護系統之現狀

緊急救護業務納入消防體系而不納入醫療體系主要的原因，在於完善的緊急救護工作需要全天候有人值勤、救護據點分佈廣、通訊網路密集建置，與紀律性管理等特性，而消防體系本身就具有上述特性，因而不需大量調整人事管理，較為適合與方便，因此世界各國緊急救護皆由消防單位主導。我國立法院亦於民國84年三讀修正通過消防法修正條文，並於同年8月11日公布實施，該次修法明定了消防機關之三大任務為「預防火災」、「搶救災害」及「緊急救護」，自此正式將緊急救護明定為消防機關的業務。緊急醫療救護法將緊急救護更加細緻化，確立衛生署與內政部（消防署）於緊急醫療系統中扮演了擬定計劃、監督與主管的角色，而直轄市、縣（市）政府在緊急救護中扮演了中心樞紐的角色。

直轄市、縣（市）政府需成立救災救護指揮中心，且應依其轄區人口分佈、地理環境、交通及醫療設施狀況，劃分救護區，並由專責救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務。然而儘管近年來整體消防人力與救護車數量均有增加，但由於緊急救護案件總數的增加，與緊急救護以外之消防勤務繁重，因此目前整體之緊急救護人力仍為不足，尚需義消與鳳凰志工支援緊急救護業務。

### 二、到院前救護損害賠償責任之態樣

我國到院前緊急救護可分為救災救護指揮中心所啟動與非救災救護指揮中心所啟動兩類型。救災救護指揮中心所啟動之到院前救護行為為具公法性質之行政事實行為。如該行為成立憲法第24條及國家賠償法之國家賠償請求權之要件時，得請求國家賠償。除正職消防人員外，義消、鳳凰志工、當地醫院、救護車設置機關（構）之救護車及其救護人員遵從消防機關之救災救護指揮中心指示與指揮監督執行救護任務，其協助行為之性質為「行政助手」，亦歸屬於該行政機關。

非救災救護指揮中心啟動之到院前救護則屬民法之範疇，可將其類型化為「民眾直接聯絡民間救護車營業機構」、「負保護義務之人聯絡簽約之救護車設置機構」及「救護車設置機構自行啟動」三種類型。

民眾直接聯絡民間救護車營業機構而成立委任契約之相對人，視連絡人為誰而定。如連絡人為緊急傷病患本人或緊急傷病患之直接代理人或代表人，則契約

之相對人仍為緊急傷病患本人；如連絡人非為緊急傷病患本人或緊急傷病患之直接代理人或代表人，則契約之相對人為該他人，此時該締結之委任契約性質為第三人利益契約，故於民間救護車營業機構之受僱人到場後執行救護前，必須獲得緊急傷病患本人之明示、默示或推測同意，始能執行。該他人可能成立適法無因管理，在其亦符合「免除本人之生命、身體或財產上之急迫危險」之緊急要件時，僅就故意或重大過失負責。委任契約仍受民法第 71 條之限制，故可知委任人之指示救護技術員之行為，如逾越緊急醫療救護法或當地之救護作業程序時，或指示護理人員逾越護理師法規範之行為，其指示為無效而不構成契約內容。民眾直接聯絡民間救護車營業機構而啟動之到院前救護，亦可能有侵權行為法之適用而產生債務不履行與侵權行為損害賠償請求權之競合關係。

具有對緊急傷病患負保護義務之私人，聯絡簽約之救護車設置機構而啟動之到院前救護，該契約為該私人與民間救護車設置機構兩者之委任契約。此契約為第三人利益契約。如具有對緊急傷病患負保護義務之相對人非為私人而為公營造物，因其多為私法之營造物利用關係，無行使公權力，該營造物內之人員與營造物間有如民法之受僱人，故如其執行職務不法侵害他人之權利時，則適用民法第 184 條與第 188 條之規定，負民法侵權責任，而無國家賠償法之適用。但如因營造物之公共設施設置或管理不當而致損害，且該公共設施為公有時，則有國家賠償法第 3 條第 1 項之適用；如非公有時，則有民法第 191 條之適用。

醫療機構外之救護車設置機構為提供傷病患緊急救護服務，因而對緊急傷病患提出緊急救護服務之要約，待緊急傷病患承諾接受緊急救護服務後，意思表示合致而成立緊急救護契約，而該契約仍與民眾聯絡民間救護車營業機構而啟動之緊急救護契約相同，為委任契約。但如緊急傷病患陷入昏迷等無法為有效承諾之意思表示時，則可成立適法之真正無因管理，如亦滿足緊急無因管理之要件，注意義務自得減輕，除有惡意或重大過失者外，不負賠償之責。此類型亦有侵權行為法適用之可能，但應考慮是否有「緊急避難」或「適法無因管理」之阻卻違法事由。但如醫療機構外之救護車設置機構對緊急傷病患負有保護義務時，其到院前救護行為因故意或過失造成損害時，將為先前法律關係所吸收，緊急傷病患依據先前法律關係之請求權請求損害賠償。如其侵害行為亦符合侵權行為法之要件時，則產生先前法律關係請求權與侵權行為損害賠償請求權之競合；如先前法律關係亦為侵權行為時，則一併請求。

### 三、借名醫療院所之連帶責任

如民間救護車營業機構之受僱人，即到達現場之救護人員，因故意或過失不法侵害他人之權利，而該當侵權行為損害賠償責任之要件時，如僱用人應負共同侵權



損賠責任時，其須滿足四個要件：一、須具僱用人與受僱人關係。二、須受僱人不法侵害他人之權利。三、須受僱人執行職務。四、須僱用人選任受僱人及監督其職務之執行具有過失。關於受僱人執行職務範圍的認定，由我國相對於借名醫院連帶責任之爭訟案件觀之，最高法院一致採取客觀說，但對於借名醫院與救護車救護人員間是否等同於一般之靠行關係，最高法院並未對此正式表示意見，然臺灣雲林地方法院與臺灣高等法院臺南分院均明確表達其非屬一般之靠行關係。

#### 四、派遣階段之爭訟

於比較我國與美國之派遣爭訟案例中，可發現美國有主權豁免法則之適用，我國國家賠償法之有責要件，基於保護人民之權利，較美國之「主權豁免」要件為寬鬆，而非僅限於故意或重大過失始負國家賠償責任。

#### 五、反應階段之缺失與改進

於我國及美國的爭訟案例中，均有救護人手不足時並未請求支援，導致傷病患患有損害，因此而負損害賠償責任，可見兩國法院均無法接受救護人力不足。我國救護人力捉襟見肘，政府對此應予正視，本文以為應給予足夠之緊急救護經費，如地方政府財力不足時，中央政府應給予補助；除此之外，應有適當之分隊互相支援計畫，避免當緊急傷病患急待援助時，而無可指派之救護人員及救護車前往救護而有國家賠償責任之問題。派遣不適當之救護技術員等級前往現場執行救護，在美國已發生爭訟，但在我國卻仍未發生，原因在於我國之緊急救護目前仍於起步階段，高級救護技術員之比例不多，加上目前我國對於救護技術員現場執行較具侵犯之緊急醫療救護行為之信心仍為不足，因此開放其於現場能使用之醫療器材與藥品仍少，導致每位救護技術員儘管等級不同，但其所能執行之緊急救護項目相差不大。另一方面，民眾目前亦無強烈要求救護人員需於現場實行緊急救護，只求快速送往醫院。救災救護指揮中心應對於正確派遣適當等級之救護人員前往救護加以重視，而非因目前對於高級救護技術員所能執行之項目，與中級救護技術員差異仍小，而怠忽遵守派遣標準作業流程，應派遣正確等級之救護技術員，來因應未來高級救護技術員之救護項目與醫療行為漸行開放之趨勢。

#### 六、現場救護階段之損害賠償責任

救護技術員之緊急救護雖屬於醫療業務，然「救護技術員管理辦法」依據緊急醫療救護法為授權母法而訂定，該法為救護技術員之特別法，因此儘管規定之

內容與醫師法有所牴觸，但不因牴觸而無效。申言之，救護技術員之緊急救護行為於符合緊急醫療救護法限定之場景中執行時，自得優先適用緊急醫療救護法及救護技術員管理辦法，不受醫師法之限制，自無醫師法第 28 條密醫罪之問題。

該救護人員為執行具公法性質之救護行為，則應以「一般盡職之該等級公務救護技術員，在該具體的救護場景中，客觀地依當地該等級標準救護流程的規定下，是否能注意及可期待其注意的程度」來判斷其是否疏於注意而有過失。履行委任契約而執行救護之民間救護人員，絕大多數均受有報酬，自應依民法第 535 條有償委任規定依「抽象輕過失」之注意標準來判斷有無過失。

於國家賠償爭訟中，共同侵權的問題於人民請求國家賠償時不顯重要。然而於國家代位公務員就其行使其公法性質之救護行為時，有違法侵權行為所生之國家賠償責任為賠償後，得依國家賠償法第 2 條第 3 項規定，對故意或重大過失之公務員有求償權，此時始有共同侵權探討之重要性。就內部關係言，似可依損害之原因力定其負擔（因果關係之比例）。

民法之共同侵權問題方面，民法第 185 條第 1 項前段：「數人共同不法侵害他人之權利者，連帶負損害賠償責任。」司法院例變字第 1 號將之創設兩個共同加害行為之類型，一為主觀（意思聯絡）加害行為，一為客觀（行為關連）加害行為。民法第 185 條第 1 項後段規定：「不能知其中孰為加害人者，亦同。」緊急救護中發生之共同侵權責任，可依上述類型判斷之。

## 七、線上醫療指導問題與修法之建議

線上醫療指導之部分，因並無特別法之規定來使得線上醫療指導行為能跳脫於醫師法親自診療義務的限制，故該部份之法規命令，因憲法第 172 條、中央法規標準法第 11 條及行政程序法第 158 條規定，該部分因牴觸醫師法而無效，故線上醫療指導行為仍屬違法行為。本文建議如為達成到院前救護醫療品質之促進，線上醫療指導制度之全面實施仍為未來之趨勢，因此未來修法時，似需於緊急醫療救護法第 25 條中，明定第 2 項規定，內容如下：「於緊急救護時，醫療指導醫師得以電話或其他通訊方式，指示救護技術員執行緊急救護業務。醫療指導醫師之資格、訓練、指導實施方法及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。」讓線上醫療指導行為有法依據，並進而優先適用於醫師法，以杜爭議。

線上醫療指導，為「遠距醫療」之一種類型，其面臨的最核心問題，為是否線上醫療指導將導致醫療品質的下降。惟有確認線上醫療指導的結果會提升緊急

救護的品質，且不因人員或設備的因素導致與當面診察之醫療品質有顯著差異之存在，線上醫療指導制度的實施始能合理化。在此前提下，未來須加強救護人員收集傷病患臨床資訊的準確度、回報傷病患臨床資訊的技巧與增進醫療處置之技術、考慮使用遠距科學監測儀器來獲得更準確完整之資訊、利用實證醫學的方法來確立某種通訊設備是否適合使用並加以區域化、類型化、促進醫療指導醫師的溝通及指導技巧。除此之外，並定期檢驗是否救護流程不合現況使用而有修改之餘地。

## 八、緊急醫療系統與現場醫師之責任歸屬

本文以為在線上醫療指導制度尚於起步階段，仍未普及之現在，於救護現場遇到非緊急醫療系統的醫師欲為醫療行為之介入，應經具救護技術員執照之派遣員與值班護理師之同意才能實施。待線上醫療指導制度全面實施後，似可仿效美國之制度，讓線上指導醫師須對傷病患照護負起最後責任，以保護民眾之健康與安全。

## 九、緊急救護時知情同意之建議

對於緊急救護時之說明，本文以為在現場之救護技術員亦為適當之說明人，然而為說明前，應確認傷病患具有決定能力，而決定能力之判定，本文以為應採用美國通說「相應增減理論」來決定傷病患是否具有決定能力。另於救護作業流程下訂立判定決定能力之步驟，達到一致之標準。於救護技術員之訓練過程中，應加強判定決定能力之學識課程，並給予救護技術員「告知後同意」及「告知後拒絕」目前實務與通說之發展現況，另外於醫療指導的品質管理中，增加決定能力評估之記錄空間或表格，與加強救護記錄表之相關記錄，藉以保護救護技術員與傷病患雙方，達到定紛止爭之目的。

## 十、送往醫院階段之損害賠償責任與車禍

送往醫院之決定權方面，直轄市、縣（市）政府消防機關欲使用即時強制行政行為來執行緊急救護，須在有具有避免急迫危險應即為處置之緊急事態，而此事態通常在於傷病患無法行使有效之告知後決定時。如該病患符合緊急醫療救護法所定義之緊急傷病患要件，但本人卻無法行使有效告知後決定時，救護人員依家屬之要求送往非就近適當醫療機構，不符合病人最佳利益，而因此造成病患因果關係之損害時，其仍因過失不法而有國家賠償法之適用。但如違背家屬之決



定，卻將緊急傷病患送至不符合傷病患最佳利益之醫院，即非適當醫院時，如送往醫院之決定與傷病患之損害有因果關係時，此時則為公務員違法侵權行為之另一種態樣，自有國家賠償法之適用。

消防機關救護車於執行緊急救護勤務時發生交通事故件數（或比例）有近年來逐年攀升之趨勢，原因一部分與救護車特權濫用及不正確等級派遣有關。本文建議救護車駕駛員方面，對於消防局所屬救護人員，除加強宣導外，應明定使用救護車特權之條件於救護作業流程中並以醫療指導方式而為品管，另外也需特別對於救災救護指揮中心派遣員之正確派遣加以品質控管。於臨床上如何判斷傷病患情況緊急？對於非創傷病患，本文建議採取「一目即知」、「一測即知」原則，其次如主訴胸痛或剛於3小時內發生神經學症狀之患者，因有黃金治療時間，仍應視為緊急。對於創傷病患，則除「一目即知」及「一測即知」原則外，另外仍須依創傷病患受傷位置與嚴重程度、受傷機轉來作判斷。因此，創傷病患情況緊急之判斷要件，較非創傷病患之要件為鬆。以上述之原則來作判斷，亦有客觀標準之好處。法院於判斷「情況緊急」要件時，可在「必要程度原則」與「法益權衡原則」的基礎下，以白話方式函文詢問醫師之判斷，以之而為心證，並於判決文內述明心證，以為允當。

## 參考文獻

### 一、中文文獻

#### (一) 書籍

- 王宗倫、張珩、陳輝財，災難醫學精要，金名，2005年10月初版。
- 王澤鑑，民法概要，自刊，2005年9月出版8刷。
- 王澤鑑，侵權行為法第一冊，自刊，2006年8月初版11刷。
- 王澤鑑，債法原理第一冊，自刊，2006年8月增訂版再刷。
- 王澤鑑，侵權行為法第二冊，自刊，2006年8月出版再刷。
- 史尚寬，債法總論，1990年8月版。
- 吳志正，解讀醫病關係I，元照，2006年9月出版1刷。
- 吳志正，解讀醫病關係II，元照，2006年9月出版1刷。
- 吳庚，行政法之理論與實用，三民，2008年9月增訂10版3刷。
- 法治斌、董保城，憲法新論，元照，2008年9月3版3刷。
- 邱聰智，新訂民法債篇通則上冊，輔仁大學法學叢書編輯委員會，2001年版。
- 胡勝川，實用到院前緊急救護，金名，2006年9月3版。
- 姚瑞光，民事訴訟法論，海宇，2004年2版。
- 翁岳生，行政法上冊，翰蘆，1998年3月初版。
- 陳敏，行政法總論，新學林，2007年10月5版。
- 陳櫻琴、黃于玉、顏忠漢，醫療法律，五南，2004年11月2版1刷。
- 黃立，民法債編總論，元照，2006年11月修正3版1刷。
- 黃立，民法總則，元照，2005年9月修訂4版1刷。
- 鄭玉波，民法債編總論，三民，2003年版。
- 蔡振修，醫事過失犯專論，2005年8月增訂1版。
- 蔡墩銘，醫事刑法要論，翰蘆，2005年9月2版。
- 嚴久元，當代醫事倫理學，橘井，1999年版。

#### (二) 碩、博士論文

- 王宗倫，論民眾不為醫療上急難救助之刑事責任，東吳大學法律學系碩士論文，2005年。
- 何清池，醫療服務與消費者保護-以醫療倫理與說明義務為中心，中正大學法律學研究所碩士論文，2007年。
- 李詩應，動態醫病關係與醫師義務，東吳大學法律學系碩士論文，2008年。
- 邱琦雯，醫師告知義務法律責任之再研究-以是否負刑事責任為中心，中原大學財經法律學系碩士論文，2006年。
- 陳光增，無行為能力病人的醫療代理決策研究：以智能障礙者為例，中央大學哲

- 學研究所碩士論文，2004 年。
- 陳泰華，緊急醫療救護的法律專論，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1998 年。
- 楊琇茹，從病患自主權看病患家屬參與醫療決定的權限，中原大學財經法律學系碩士論文，2004 年。
- 楊寶珠，台灣緊急醫療救護體系現況探討，陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2005 年。
- 蔡明霖，重大創傷患者的緊急醫療服務和醫院照護品質在非工作時間是否降低？臺灣大學預防醫學研究所碩士論文，2006 年。
- 鄭安平，消防機關到院前緊急醫療救護服務品質之評估研究—以桃園縣為例，中央警察大學消防科學研究所碩士論文，2004 年。
- 蔡慶星，論消防行政不作為之國家賠償責任，中央警察大學法律研究所碩士論文，2002 年。
- 魏健利，消防機關救護車交通事故影響因素之研究，台北大學犯罪學研究所碩士論文，2007 年。

### (三) 期刊、講義

- 王皇玉，論醫師的說明義務與親自診察義務-評九十四年度臺上字第二六七六號判決，月旦法學雜誌，137 期，2006 年。
- 立法院公報第 84 卷第 47 期 2804 號上冊。
- 台北市政府消防局緊急醫療救護派遣手冊，2 版。
- 石富元，災難情境之檢傷分類，北區國家級災難醫療救護隊基礎課程講義，2010 年 7 月。
- 吳志正，誰來說明？對誰說明？誰來同意？-兼評醫療相關法規，月旦法學雜誌，162 期，2008 年 11 月。
- 吳明芳，消防分隊基層勤務之探討，提升消防及災害防救能力問題研討會論文集，2005 年。
- 林萍章，知情同意法則之「見山不是山」-法院近來判決評釋，月旦法學雜誌，162 期，2008 年 11 月。
- 林瑞珠，醫療手術實施之說明義務，台灣本土法學雜誌，76 期，2005 年。
- 翁玉榮，從法律觀點談病患之自己決定權及醫師之說明義務，法律評論，66 卷 1-3 期合刊，2000 年 3 月。
- 陳鈺雄，遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務，中原財經法學雜誌，22 期，200 年。
- 黃義豐，醫事人員醫療過失之民事責任，法學叢刊，45 卷，4 期，2000 年 10 月。
- 楊秀儀，誰來同意？誰作決定？從「告知後同意法則」談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察，台灣法學會學報，20 期，1999 年 11 月。
- 臺北市消防局高級救護技術員到院前緊急醫療救護標準作業流程手冊，4 版，2008 年。



緊急醫療系統醫療指導醫師教育訓練課程，2006年。  
鍾侑庭，當前台灣到院前緊急救護發展所面臨的問題與對策。緊急醫療系統醫療指導醫師教育訓練課程講義，2007年11月23、24日。

#### (四) 網路資料

台北市政府消防局官網。  
[http://www.tfd.gov.tw/cht/index.php?code=list&ids=32&menu\\_id=26](http://www.tfd.gov.tw/cht/index.php?code=list&ids=32&menu_id=26)。拜訪時間：2010年2月19日。

石富元，大量傷患事件的緊急救護與醫療之關鍵問題探討，台北區緊急醫療應變中心官網。  
[http://dmat.mc.ntu.edu.tw/eoc2008/modules/tad\\_book3/index.php](http://dmat.mc.ntu.edu.tw/eoc2008/modules/tad_book3/index.php)。  
拜訪時間：2010年6月18日。

林口缺救護車，議員盼長庚支援，自由時報電子報，2010年1月7日。  
<http://www.libertytimes.com.tw/2010/new/jan/7/today-north32.htm>。  
拜訪時間：2010年2月20日。

送醫花3小時，小胖威利罕病兒喪命：母泣訴救護車「送錯醫院」擬聲請國賠，蘋果日報，2010年9月3日。  
[http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art\\_id/32785641/IssueID/20100903](http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art_id/32785641/IssueID/20100903)。拜訪時間：2010年9月23日。

啥米！叫救護車送狗就醫，自由時報電子報，2010年12月3日。  
<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/dec/3/today-so1.htm>。拜訪時間：2010年2月20日。

組織沿革，內政部消防署全球資訊網。  
<http://www.nfa.gov.tw/Show.aspx?MID=9&UID=32&PID=9>。拜訪時間：2010年2月18日。

新急診五級檢傷分類標準實施，讓緊急醫療資源妥善運用，行政院衛生署官網。  
[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=25&level\\_no=1&doc\\_no=74555&keyword=%e6%aa%a2%e5%82%b7](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=74555&keyword=%e6%aa%a2%e5%82%b7)。拜訪時間：2010年2月19日。

資源濫用／抓姦、吵架也叫救護車，聯合新聞網，2010年1月6日。  
<http://www.udn.com/2010/1/6/NEWS/SOCIETY/SOC7/5348990.shtml>。  
拜訪時間：2010年2月20日。

緊急醫療救護法修正沿革，立法院法律系統。  
[http://lis.ly.gov.tw/lcgci/lglaw?@119:1804289383:f:NO%3DE02547\\*%20OR](http://lis.ly.gov.tw/lcgci/lglaw?@119:1804289383:f:NO%3DE02547*%20OR)

%20NO%3DB02547\$\$\$11\$\$\$PD%2BNO。拜訪時間：2010年8月11日。

歷年執行緊急救護次數及護送傷患人數統計表，內政部消防署全球資訊網。  
<http://www.nfa.gov.tw/Show.aspx?MID=97&UID=828&PID=97>。拜訪時間：  
2010年2月17日。

## 二、美國文獻

American College of Emergency Physicians, *Control of Advanced Life Support at The Scene of Medical Emergencies*, ANN. EMERG. MED. 13, 547-548(1984). Reaffirmed by ACEP in 1997.

American College of Surgeons Committee on Trauma, *Initial Assessment and Management*, in ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT FOR DOCTORS 2 (8 eds, 2008).

American Heart Association, *Part 8: Stabilization of the Patient With Acute Coronary Syndromes, Part 9: Adult Stroke*, 112 CIRCULATION IV-90, IV-112 (2005).

Appelbaum PS, Grisso T, *Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment*, N. ENG. J. MED. 319, 1635-8 (1988).

Biegler P, Stewart C, *Assessing Competence to Refuse Medical Treatment*, MED. J. AUSTRALIA. 174, 522-525(2001).

Buchanan AE, Brock DW, DECIDING FOR OTHERS: THE ETHICS OF SURROGATE DECISION MAKING (1989).

Dickinson ET, Schneider RM, Verdile VP, *The Impact of Hospital Physicians on Out-of-hospital Nonasystolic Cardiac Arrest*, PREHOSP. EMER. CARE. 1, 132-135 (1997).

Drane JF, *Competency to Give an Informed Consent*, JAMA 252, 925-927(1984).

ETHICS IN EMERGENCY MEDICINE 2 Edition 52 (Iserson KV, Sanders AB, Mathieu D eds, 1995).

Holyrod B, Shalit M, Kallsen G, et al, *Prehospital Patients Refusing Care*, ANN. EMERG. MED. 17, 957-963(1988).

MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al, *A National Evaluation of the Effect of Trauma-Center Care on Mortality*, N. ENG. J. MED. 354, 366-78(2006).

Mottely L, *Refusal of Medical Assistance*, in PREHOSPITAL SYSTEMS AND MEDICAL OVERSIGHT 511 (3 edition, Kuehl AE eds., 2002).

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and

Biomedical and Behavioral Research. Making health Care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the practitioner relationship. Vol. 1. Washington, D.C.:Government Printing Office, 1982.

Roth LH, Meisel A, Lidz CA, *Tests of Competency to Consent to Treatment*, AM. J. PSYCHIATRY. 134, 279-284(1977).

Shanaberger CJ, Hall SA, *Legal Issues*, in PREHOSPITAL SYSTEMS AND MEDICAL OVERSIGHT 408 (3 edition, Kuehl AE eds., 2002).

Simon JR, *Refusal of Care: The Physician-Patient Relationship and Decisionmaking Capacity*, ANN. EMERG. MED. 50, 456-461(2007).

Sucov A, et al, *The Outcome of Patients Refusing Prehospital Transportation*, PREHOSP. DISASTER. MED. 7, 365-371(1992).

Wears S, INFORMED CONSENT: PATIENT AUTONOMY AND CLINICAL BENEFICENCE WITHIN HEALTH CARE (2<sup>nd</sup> edition, 1998).

Weaver J, et al, *Prehospital Refusal of Transport Policies: Adequate Legal Protection?* PREHOSP. EMERG. CARE. 4, 53-56(2000).

Wicclair MR, *Patient Decision-Making Capacity and Risk*, BIOETHICS 5, 91-104 (1991).

Zachariah BS, et al, *Follow-Up and Outcome of Patients Who Decline or Are Denied Transport by EMS*, PREHOSP. DISASTER. MED. 7, 359-364(1992).