

東海大學法律學研究所

碩士論文

指導教授：黃啟禎 博士

私人參與緊急醫療救護體系  
相關法律問題研究

**A Study on the Legal Issues about  
Private Participation in  
Emergency Medical Services System**

研究生：吳肇鑫 撰

中華民國 100 年 6 月 28 日

博碩士論文電子檔案上網授權書



碩士學位考試委員會審定書

私立東海大學法律學研究所

碩士班研究生 吳肇鑫 君所提之論文：

私人參與緊急醫療救護體系相關法律問題研究

經本委員會審查並舉行口試，認為符合  
碩士學位標準。

考試委員簽名處

林昱梅

黃啓禎

羅淑芬

100年6月28日

## 論文摘要

每天我國有約 100 名民眾處於生死交關，在被送到醫院前急需心肺復甦術救助。對於生命權的維護，國家有責任履行對人民的保護義務，應在公共場所廣泛設置急救器材(如自動體外電擊去顫器，即 AED 等)；也要求一定規模的公、民營業者基於場所主人的責任，應安排員工接受急救訓練與設置急救設備；進而鼓勵與要求民眾承擔急難互助的救援義務。從民眾、業者到政府，從家庭至公共場所，期待我國可以建立一個沒有漏洞的社會安全網，讓生命權的維護有最大的可能性。

結合實證醫學的明確準則、伴隨國家社會整體利益的需要與容易執行的心肺復甦術流程的更新，本文建議在現行緊急醫療救護法中第二章緊急醫療救護體系，立法加入民眾施行緊急醫療救護的義務，發生輕過失時有民刑事責任的豁免，並加訂民眾違反緊急醫療救護義務的行政罰則。

茲試擬條文草案如下：

緊急醫療救護法 第二章 緊急醫療救護體系

第 14 條之 1 (民眾參與緊急醫療救護之義務)

遇緊急傷病，依據當時情況，現場目擊民眾有急救之可能，於己無重大危險，且與其他重要義務不相牴觸時，有呼叫救援及進行急救之義務。

前項急救措施，以事件當時行政院衛生署公告之民眾版心肺復甦術參考指引為依據。

依法令或契約應照顧、養育或保護而不為急救者，加重處罰。

第 14 條之 2 (民眾自動參與緊急醫療救護與災害搶救之責任豁免)

遇緊急傷病，民眾根據前條第一項與第三項施行急救者，除有故意或重大過失者外，不罰，亦不負損害賠償之責。

民眾自動參與災害搶救者，亦同。

另外緊急醫療救護法第七章罰則，第四十五條之後，擬建議：

條文草案如下：

第 45 條之 1

民眾違反第十四條之一第一項規定者，處新臺幣五千元以上三萬元以下罰鍰。

民眾違反第十四條之一第三項規定者，處新臺幣七千五百元以上四萬五千元以下罰鍰。

期許台灣可以開創出一個以生命權為本，尊重民眾法感與運行順暢的緊急醫療救護新體系，徹底提升緊急醫療救護品質。

**關鍵詞：**

緊急醫療救護法；善良撒瑪利亞人法律；見義勇為；遺棄罪；不為救助罪；救助的責任；

**英文關鍵詞：**

Emergency Medical Services Act, Good Samaritan Law, Aussetzung, Unterlassene Hilfeleistung, Duty to rescue;

## 序言

從醫學系畢業後，我選擇了一條並沒有太多人潮的醫學人生：內科專科醫學訓練，讓我有機會從「全人觀點」看待醫療的積極功能；急診專科醫學歷練，則屢屢使我自認為是身先士卒的抗病魔大將，雖然經常披星戴月熬夜值班，勝利的喜悅則是無價的回饋；重症專科醫學試煉，帶領我參與現代醫學的頑強戰力，即使負隅頑抗，奄奄一息者重回至愛懷抱並非僅止於幻夢。

十五年來，當我在醫學工作崗位上奮戰不懈的同時，卻看到本已兵微將寡的急重症醫事人員陸續選擇離開戰場。箇中原因當然不勝枚舉，壓力、值夜、待遇、醫糾、家庭等因素迫使優秀的戰士一一選擇棄守。個人身處其中，感受深刻，卻也浩嘆有權主導者逐漸失去逆轉契機。

近年來有幸進入東海法研所一窺堂奧，啟蒙張麗卿教授不嫌班門弄斧，竟寬容個人在入學報告中批判刑法第 185-3 條，如今想來不禁汗顏。指導教授黃啟禎博士耐心指點與引導，讓我這法學牙牙學步者竟也可步出校門。林昱梅博士與蕭淑芬博士在口試時鉅細靡遺的指正，更讓本論文得以有比較完整的面貌。

僅以此論文，獻給我在天上的父親吳東城先生。也由衷感謝媽媽和我最美麗的太太，讓難產的論文因她們的愛得以誕生。感謝我的同事彥城、晏詞，永龍老師與俊郎學弟，協助論文順利完成。

由衷感謝周遭曾協助我的每一個朋友！

吳肇鑫 100 年 7 月 5 日

# 目 次

<b>第一章 緒論</b>	1
第一節 研究動機與目的	1
第二節 研究範圍與方法	4
第一項 研究範圍	4
第二項 研究方法	5
第三節 研究架構	6
<b>第二章 緊急醫療救護法體系之介紹</b>	9
第一節 概述	9
第二節 緊急醫療救護法體系相關條文	10
第一項 臺灣緊急醫療救護發展歷史	10
第二項 現行緊急醫療救護法體系相關規定之內容	11
第一款 緊急醫療救護法體系相關規定	11
第二款 現行緊急醫療救護體系之組織分工與任務	12
第三節 小結	14
<b>第三章 我國現行緊急醫療救護相關法律規範的缺失</b>	15
第一節 現行緊急醫療相關法律規範	15
第二節 民法規範之缺失	16
第一項 無因管理之成立要件	17
第一款 須管理他人之事務	17
第二款 須有為他人管理之意思	17
第三款 須無法律上之義務	18
第二項 公益管理	18
第三項 緊急管理	19
第四項 緊急避難	19
第五項 案例分析	20
第六項 小結	23
第三節 刑法規範之缺失	27
第一項 遺棄罪之客觀不法構成要件	29
第二項 遺棄罪之主觀不法構成要件	29
第三項 遺棄罪之結果加重犯	29
第四項 緊急避難	29

第五項 小結	31
第四節 緊急醫療救護法之規範闕漏	33
第一項 建立無漏洞的緊急醫療救護制度	34
第二項 緊急醫療救護責任擴張至一般民眾之法理檢視	35
第三項 民眾不為緊急醫療救護應採行政罰或行罰之探討	36
第一款 行政罰之定義	36
第二款 行政罰與刑罰之區別	38
第三款 小結	40
第五節 具體建議	42
<b>第四章 各國對於民眾參與緊急醫療救護之立法例</b>	<b>43</b>
第一節 美國	44
第二節 日本	52
第一項 現行條文	52
第二項 規範分析	53
第一款 保護法益與犯罪性質	53
第二款 客觀不法構成要件	54
第三款 主觀不法構成要件—故意	56
第四款 加重結果	56
第三項 我國與日本的比較	56
第四項 小結	57
第三節 德國	58
第一項 現行條文	59
第二項 規範分析	60
第一款 保護法益與犯罪性質	60
第二款 客觀不法構成要件	61
第三款 主觀不法構成要件—故意	63
第三項 我國與德國的比較	64
第四項 小結	65
第四節 中國	67
第一項 唐律	67
第二項 中華人民共和國	68
第三項 小結	71
<b>第五章 我國民眾於執行緊急醫療救護相關裁判之案例分析</b>	<b>73</b>

第一節 救生艇翻覆致民眾溺斃，	
救難義工被究責業務過失致死	73
第一項 案例事實	74
第二項 判決要旨	74
第三項 判決分析	80
第二節 為吸毒過量猝死朋友施行心肺復甦術，	
被究責過失致人於死	84
第一項 案例事實	84
第二項 判決要旨	86
第三項 判決分析	87
第三節 為同居女友施行心肺復甦術，反而因導致心臟破裂，	
遭究責為殺人罪	90
第一項 案例事實	91
第二項 判決要旨	92
第三項 判決分析	100
第四節 小結	103
<b>第六章 民眾納入緊急醫療救護體系之必要性</b>	105
第一節 從醫學面向探討必要性	105
第一項 私人參與緊急醫療救護的醫學根據	105
第二項 我國到院前急救案例的統計數據	109
第三項 衛生署根據實證醫學關於民眾急救的指引	111
第二節 從社會需求面向探討可行性	114
第一項 私人參與緊急醫療救護的社會需求	114
第二項 道德法律化的適當性	117
第三項 社會法益與立法形成自由	118
第三節 小結	120
<b>第七章 緊急醫療救護的證據醫學研究發現</b>	121
第一節 實證醫學的內涵	121
第二節 2010年美國心臟學會 CPR 與 ECC 準則提要	123
第一項 影響所有施救者的重要問題	124
第二項 非專業施救者成人 CPR	124
第三項 電擊治療	126
第四項 小結	126

第八章 結論與建議	128
參考文獻	131
附錄	137



# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與目的

緊急醫療救護法自民國 84 年 8 月 9 日總統公布施行以來，迄今已屆十六個年頭，期間經歷了四次修正，最近一次的修正則剛於民國 96 年 7 月 11 日公布<sup>1</sup>。然而，敝人身兼醫學中心急診醫學科專科醫師、多年急診室主任與法學初窺者，長期以來對於台灣緊急醫療救護體系運作的現況深感痛心失望。「讀聖賢書，所學何事？而今而後，庶幾無愧。」本文爰不揣淺漏，在搜尋中外相關文獻與整理分析後，企圖從中開創出一個以生命權為本，尊重民眾法感與運行順暢的緊急醫療救護新體系，以期徹底提昇台灣緊急醫療救護品質。

在緊急醫療救護體系中，依現行緊急醫療救護法的設計，送達醫療機構前（以下簡稱：到院前）的第一線緊急救護業務，是規劃由消防機關各救護區之救護隊或消防分隊負責<sup>2</sup>。根據內政部統計處所公布的資料：台灣各縣市，每天總共約有 100 人次，發生到院前心肺停止而急需心肺復甦術救命<sup>3</sup>。然而依台大醫院統計，台北市的到院前救護系統，每 100 個病人於街上發生心臟停止之狀況，只有約 8.4 個病人可以存活；其他地區甚至只有約 1-2% 的存活率。而存活者中，絕大多數合併神智缺損，甚至成為植物人<sup>4</sup>，這不僅令許多個人與家庭陷入愁雲慘霧，更是整個國家社會的悲劇。

<sup>1</sup> 全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/Scripts/newsdetail.asp?no=1L0020045>，(最後瀏覽日：03/24/2011)。

<sup>2</sup> 緊急醫療救護法第 13 條(民國 96 年 07 月 11 日修正)：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。

<sup>3</sup> 內政部統計處內正統計通報，九十九年第二十八週(99 年 1-5 月消防緊急救護服務統計)(最後瀏覽日：06/09/2011)。

<sup>4</sup> Weng TI, Huang CH, MA MHM, et al; Improving the rate of return on spontaneous circulation in out-of-hospital cardiac arrest with a reorganized and strengthened emergency resuscitation team. Resuscitation.;60:137-42(2004).

但是令人遺憾的是，早就有充分的醫學證據，證明只要緊急醫療救護體系有所作為，即可以大幅提升存活率。根據美國心臟科醫學會出版的高級心臟救命術，針對猝死病人的急救準則：當病患因心律不整而猝死時，如旁人不能立即施予心肺復甦術與電擊器去顫電擊，只等待 119 救護車約十分鐘後將病患送到醫院急救，存活率只有 0-2%；但是若多了旁人及時的（小於兩分鐘內）心肺復甦術施行，存活率則上升至 2-8%；如果再加上 119 救護技術員於現場（距發作約六分鐘內）施予電擊器去顫電擊，存活率更陡增至 20%；甚若電擊器安置於公共場所，而於四分鐘內取得並施行去顫術，加上現場即可施行高級心臟救命術（距發作約八分鐘內），平均存活率為 30%<sup>5</sup>。相對的是台灣猝死病人的急救存活率，在十年後的今天仍是難堪得令人鼻酸。

而針對一般民眾施行緊急醫療救護，其他國家也早已有明確可行的立法經驗。

英美法系國家，以美國與加拿大為代表，對於民眾參與緊急醫療救護，採用雙重立法考量。一則對主動提供救助者，在不求回報及無重大過失前提下，豁免其民事賠償責任以及刑事責任；此即「善良撒瑪利亞人法律」。二則認為民眾對於他人陷於危難，負有參與緊急醫療救護的義務；違背義務者，可能會受到刑事責難。

大陸法系國家則認為民眾對於他人陷於危難，負有施行緊急醫療救護義務；違背義務者，可能須受刑事處罰。德國將「不為救助罪」，列於「危害公共安全罪章」，顯示其認為「不為救助罪」恐生公共危險，其所欲保護的法益，屬於「社會法益」；將「不為救助罪」，列於「危害公共安全罪章」，透露出德國立法者將其定位為「危險犯」的範疇。

日本則與我國相近，將「民眾不為緊急醫療救護」，在「遺棄罪」章中論斷。

---

<sup>5</sup> Richard O. Cummins.. ACLS: Principles and Practice, American Heart Association. (2003)

中國則是在各個省市皆有類似「見義勇為表彰條例」的地方立法，鼓勵積極的「善良撒瑪利亞人」行為，自願見義勇為者可以得到各種榮譽以及物資保障。

在台灣，對於無義務之一般民眾若不為緊急醫療救護，依現行通說，必然難論以「遺棄罪」。主要是依現行遺棄罪，將「消極遺棄」排除於「無義務者遺棄罪」之外<sup>6</sup>。但是影響所及是世風日下，見死不救、隔岸觀火與明哲保身，變成民眾的通念。於是，路口的車禍傷者可能流血至死而無人聞問，因為怕惹禍上身；發現突然倒地病患，頂多只敢急電119而不願查看施救，因為怕「多做多錯、不做不錯；有功沒賞，打破要賠」。即使是專業的醫療人員下班之後在醫院外地點，也因為沒有義務而無需擔負任何緊急醫療救護義務。雖然可能面對道德非難，卻無責任相求，不僅有違人性與倫理，亦與社會大眾法感背離。

現行緊急醫療救護法第二章，設計緊急醫療救護體系包括中央的衛生與消防主管機關、縣市政府、地方的衛生與消防主管機關、區域緊急醫療應變指揮中心、醫院、消防救護隊與消防分隊，獨缺民眾一環。這十多年來衛生、消防機關與醫院，持續努力的推廣「全民CPR」，卻因無法源依據，對民眾無法課予施行緊急醫療救護的義務與免除民事及刑事責任，成效不彰。尤有甚者，經由媒體批露的數起案例，反而是民眾因為「雞婆」施行緊急醫療救護，反而招到起訴與判刑的厄運<sup>7</sup>。可想而知的結果是，「見死不救」反而是我們在急診室最常會看到的結果。

美國心臟醫學會發行的專業期刊Circulation，於2008年4月22日刊載劃時代的心肺復甦術（CPR）變革，特別強調的是簡化的急救流程（第一步，儘速打電話給119；第二步，如果疑似猝死病患無意識反應也無呼吸，立刻於胸部正中央用力與快速按壓，不再主張於急救初期施行人工呼吸<sup>8</sup>，簡單的說就是心肺復甦術變單純

<sup>6</sup>林山田〈2006〉，《刑法各罪論（上冊）》，頁102。台北：台大法學院圖書部。

<sup>7</sup>桃園地方法院93年訴字第1430號；最高法院96年台上字第6165號。

<sup>8</sup> Circulation, Volume 117, Issue 16; April 22, 2008。

了，也因不再強調需要施行人工呼吸，而減少施救者的種種疑慮（如傳染病，性別界限與衛生顧慮等）。

本文從科學的嚴謹分析、實證醫學（evidence based medicine）的明確根據與比較法觀點探討，認為將民眾納入緊急醫療救護體系的時機已經到來。一般民眾對於不同宗教文化名詞的陌生，使得繼受宗教法律化的「善良撒瑪利亞人法律」，直接移植在臺灣社會並不適合，但是擷取其「主動提供救助的無義務者，由法律明文保障，豁免其輕過失之民、刑事責任」之精義，應可思考；拙見也以為：「不為救助罪」的刑事立法恐不符合「最後手段性」原則而有濫刑之虞。相對的，吾人建議在現行緊急醫療救護法中第二章緊急醫療救護體系，立法加入民眾施行緊急醫療救護的義務與行政罰則；並規範具備作為義務者（如場所管理者、密切之共同生活關係者、危險共同體、教師、危險源監督者及施行危險前行為者等），加重其行政罰則。相對於緊急醫療救護的成效提升與社會利益，當可符合比例原則與公益原則。

期許台灣可以開創出一個以生命權為本，尊重民眾法感與運行順暢的緊急醫療救護新體系，徹底提升台灣緊急醫療救護品質。

## 第二節 研究範圍與方法

### 第一項 研究範圍

實務上我國立法將緊急醫療救護的責任，包括從中央到地方分工、消防與衛生機關協力、整合協調的區域緊急醫療應變指揮中心與醫療機構等，看似條理分明與各司其職，卻獨缺民眾責任的規範。本文之研究範圍限於探討立法將民眾責任納入緊急醫療救護體系的理由、國外立法經驗、實證醫學佐證與可行性討論。

## 第二項 研究方法

為達本文之研究目的，本文在研究過程中所採用之研究方法，主要有文獻研究法、個案研究法及比較研究法。而本文之引註及參考文獻，係採用「台大法學論叢引註及參考文獻格式」，併予說明。

### 一、文獻研究法

本文搜集有關緊急醫療救護、善良撒瑪利亞人法律、見義勇為立法、遺棄罪與不為救助罪等與研究主題相關之文獻，分別整理出其理論架構後，就其可作為我國「將民眾責任納入緊急醫療救護體系」法制化之原則，建立其應有之面向及內涵。並從我國學界在學說上之論述、實務上之見解，及我國「緊急醫療救護法」立法程序中陸續提出修正之相關規定予以比較分析，提出緊急醫療救護於實務上所面臨之問題，期能藉此尋找出我國法制化可採之對策。所搜集之文獻包括我國法院判決、立法草案、中文之書籍、期刊論文、學術研討會紀錄、學位論文、政府出版品、報章資料、英文書籍、期刊論文及網路資料。

本文擬藉著學說之研討及實務之案例分析，找出現行法規內容不足之處，而藉相關文獻之整理、外國立法例及我國「緊急醫療救護」相關規範之評析，尋求「緊急醫療救護體系納入民眾責任」於立法規範之可行性及必要性，以作為立法之參考。

### 二、個案研究法

本文舉出一例民間救難協會成員，在颱風夜大水淹一樓高，自動參與救生艇之救援任務。結果因未確實讓登艇民眾穿上救生衣，在救生艇遭暴漲之湍急溪水沖擊翻覆後，三名義務救難人員與兩名民眾均落水，隨後兩名民眾不幸溺斃。幸運獲救之三名救難人員卻遭控告業務過失傷害致死，於一審判決有罪（臺灣臺南地方法院刑事判決，98年度自字第14號裁判），此為民眾參與災害搶救，因過失遭追究刑事與民事賠償責任案例。

另外實務上與民眾參與緊急醫療救護責任相關之裁判，本文查閱所及之兩例裁判（臺灣桃園地方法院刑事判決，93年訴字第1430號裁判；臺灣高等法院高雄分院刑事判決，96年度上重更(二)字第42號裁判，判決結果兩被告（即施救者）有罪與無罪各一。

但不可諱言的是，如果本來沒有義務的災害搶救者與施救者，因為災害搶救與急救結果不如人意，就可能會面臨刑事追訴與民事求償；反之冷漠以對而明哲保身者，則國內現行法無以科責，雖有所謂的道德譴責與輿論壓力，但當事人權衡之下選擇何者，當然不言可喻。

本文將就上開裁判之案例分析推敲，以檢討現行法制未將民眾納入緊急醫療救護體系的缺漏之處，及評估修法納入私人參與緊急醫療救護義務，所可能帶來的巨大正面影響。

### 三、比較研究法

本文搜集美國、日本、德國、中國之相關立法例，在整理及分析各國之立法規範後，擬就其與本文研究主題相關之規定予以分析、比較，藉以瞭解各國之立法目的及運作現況，期能找出外國立法例可供我國借鏡之處。

## 第三節 研究架構

本文共分為八章，茲就各章之重點介紹如下：

### 第一章 緒論

「全民CPR」心肺復甦術的教育與推廣已行之有年，卻因無法源依據，對民眾無法課予施行緊急醫療救護的義務，與免除輕過失之民事及刑事責任，成效不彰。從我國實務上之裁判中，反而是見到民眾因施行緊急醫療救護，反而招到起訴與判刑的厄運。可想而知的結果是，猝倒的緊急傷病患，如果身旁無家人或朋友，在到院前將面臨「無人聞問」的嚴峻考驗。

本文建議在現行緊急醫療救護法中第二章緊急醫療救護體系，立法加入民眾施行緊急醫療救護的義務，違者訂有行政罰則，並明確規範具備作為義務者加重處罰，相對於緊急醫療救護的成效提升與社會利益，當可符合比例原則與公益原則。期許台灣可以開創出一個以生命權為本，尊重民眾法感與運行順暢的緊急醫療救護新體系，以期徹底提升台灣緊急醫療救護品質。

## 第二章 緊急醫療救護法體系之介紹

本章介紹現行緊急醫療救護法包含之體系與相關條文，並探討在緊急醫療救護法體系納入民眾責任之可行性，避免我國到院前緊急救護，獨缺最重要也最急迫的：第一時間民眾互助處理機制。

## 第三章 我國現行緊急醫療救護相關法律規範的缺失

本章介紹現行緊急醫療相關法律規範，其中包括民法規範、刑法規範、緊急醫療救護法規範的缺失與闕漏，並積極從中提出具體改善辦法與修法建議。

## 第四章 各國對於民眾於緊急醫療救護責任之立法例

本章分別介紹美國、日本、德國與中國之立法例，希望從中可以摸索出適合我國民情與法律制度的緊急醫療救護法修正版本。

## 第五章 我國民眾於執行緊急醫療救護相關裁判之案例分析

因民眾自願參與災害搶救與施行到院前心肺復甦術，卻因病患結果欠佳而常受質疑。本章介紹三起案例：案例一：救生艇翻覆致民眾溺斃，救難義工被究責業務過失致死(西元2011年4月20日臺灣臺南地方法院刑事判決，98年度自字第14號裁判)；案例二：為吸毒過量猝死朋友施行心肺復甦術，被究責過失致人於死(西元2004年11月5日臺灣桃園地方法院刑事判決，93年訴字第1430號裁判)；案例三：為同居女友施行心肺復甦術，反而因導致心臟破裂，遭究責為殺人罪(西元2008年4月3日臺灣高等法院高雄分院刑事判決，96年度上重更(二)字第42號裁判。試圖從判決文

中深入剖析其適當性，也探討因此而修法之可行性。

## 第六章 民眾納入緊急醫療救護體系之必要性

本章分別從醫學面向和社會需求面向出發，探討將民眾責任納入緊急醫療救護法體系之必要性，畢竟現代民主國家本於尊重個人自由之思潮，除非有充分的理由，並不鼓勵過度立法來限制民眾自由意願。

## 第七章 緊急醫療救護的實證醫學研究發現

從實證醫學的研究發現，與教育擘畫者的悉心規劃，中華民國國民學習簡單有效的急救技能(包含 CPR)，雖僅是國民教育中的基本能力，對於整體社會卻有巨大的貢獻，

## 第八章 結論

本文主張應立法要求民眾有參與緊急醫療救護之義務、參與後有輕過失之責任豁免、不作為者有行政罰則。上述主張有實證醫學之清晰證明、有台灣社會的明確需求、也有國外重要立法例可供借鏡與參考。

## 第二章 緊急醫療救護法體系之介紹

### 第一節 概述

現行緊急醫療救護法規範緊急醫療救護體系，包括從中央到地方、消防與衛生機關協力、整合協調的區域緊急醫療應變指揮中心與醫療機構。其中綱舉目張如下：

1. 緊急醫療救護區域之劃定及訂定全國緊急醫療救護計畫
2. 緊急醫療救護計畫、災害及戰爭之預防應變措施
3. 中央衛生主管機關諮詢或審查事項
4. 區域緊急醫療應變中心之組成及辦理業務
5. 地方衛生主管機關諮詢或審查事項
6. 醫院緊急醫療業務之評鑑制度及督導考核
7. 救災救護指揮中心之任務、救護區之劃分與救護隊或消防分隊每隊最基本之配置。

本章將對上述系統運作與現行醫療的配合現況做說明。雖然這樣的緊急醫療救護體系設計，看來完整而且層次清楚，因為相關的政府單位與專業的醫療機構均已各司其職並有查核機制，也經過緊密考量，尚稱是一個有系統的救助設計。

但在實證醫學觀點來看，上述看似精密的設計，對照台灣到院前猝死病人的救活率卻不到 2%。本文將於第七章介紹國際上最新的緊急醫療救護操作準則，並輔以長期從事第一線急診室醫療工作的實務經驗，說明把民眾納入義務系統，才能最有效的提昇我國到院前的緊急醫療救護品質。

因此本文以為，現行法規獨缺民眾義務的緊急醫療救護體系，僅期待隨機出現的見義勇為者。但法令的限制又讓見義勇為者動輒得咎，讓民眾怯於伸出援手。惡性循環之下，讓緊急醫療成為一個名存實虛的立法，實屬最大的缺憾，應盡速立法改善。

## 第二節 緊急醫療救護法體系相關條文

### 第一項 臺灣緊急醫療救護發展歷史

緊急醫療救護體系其制度設計的目的，在涵蓋到院前救護與到院後醫療之緊急醫療照護，並配合各種災害緊急應變措施，提供平日及緊急災害時，緊急傷病者第一時間之急救，並在適當時間內將病患送至適當之醫院，以降低死亡率與失能率，維護民眾之生命安全與健康。

臺灣到醫療機構前的緊急醫療救護發展歷史<sup>9</sup>，可以追溯自民國57年時台北市警察局消防警察大隊，接受美軍捐贈第一輛救護車後，傷病患的緊急運輸工具開始建立制度，消防單位配合火災出勤，消防人員駕駛救護車將傷者緊急送醫救治；民國59年救護車的服務對象擴大至一般傷病患，如因災害或意外事故待救護者、路倒者、孕婦急產者等；民國62至71年間，台灣省、台北市與高雄市陸續頒布相關緊急傷病救護辦法；民國68年119消防隊救護車開始有志工隨車服務（現在的119救護鳳凰志工）。

民國70年「台灣省各縣市大災害傷害處理要點」修正，推行緊急傷病救護演習，同年「救護車管理辦法」發布；行政院衛生署稱在此之前，為我國緊急救護發展歷程的系統前期。

民國77年「國建會」學者建言「發展緊急醫療救護」，中央開始積極發展緊急醫療救護系統（Emergency Medical Services Systems. E. M. S. S.）；民國79年推動「緊急醫療救護計劃」，開始訓練救護技術員與建置救護無線電系統；自民國70年至80年成立了第一個救護指揮中心，期間稱為緊急救護發展歷程的先驅期。

民國80年至82年完成了全國17個區域的緊急醫療網與緊急救護系統的建置，稱為緊急救護發展歷程的示範期。民國82年至84

---

<sup>9</sup>魏健利<2009>，《緊急醫療救護法與實務》，頁57-58，台北：鼎茂。

年「緊急醫療救護法」實施前，為導入期。

民國 84 年 8 月「緊急醫療救護法」通過，規範緊急醫療救護體系由消防、衛生單位分別主管到院前救護與到院後醫療業務<sup>10</sup>；民國 94 年 2 月修正通過初級、中級救護技術員得使用自動心臟電擊去顫器 (A. E. D.) 施行緊急救護。現階段緊急醫療救護系統在消防單位與醫療單位積極的配合下已趨於成熟階段。

## 第二項 現行緊急醫療救護法體系相關規定之內容

### 第一款 緊急醫療救護法體系相關規定

緊急醫療救護法嗣於中華民國 96 年 7 月 11 日總統修正公布，其緊急醫療救護體系，主要規定包括下列規範：

- 第 5 條，緊急醫療救護區域之劃定及訂定全國緊急醫療救護計畫；
- 第 6 條，緊急醫療救護計畫；
- 第 7 條，災害及戰爭之預防應變措施；
- 第 8 條，中央衛生主管機關諮詢或審查事項；
- 第 9 條，區域緊急醫療應變中心之組成及辦理業務；
- 第 10 條，地方衛生主管機關諮詢或審查事項；
- 第 11 條，醫院緊急醫療業務之評鑑制度及督導考核；
- 第 12 條，救災救護指揮中心之任務；
- 第 13 條，救護區之劃分；
- 第 14 條，救護隊或消防分隊每隊最基本之配置。

這樣的緊急醫療救護體系設計，從中央到地方、衛生與消防主管機關合作、區域緊急醫療應變指揮中心整合讓各級醫院分工合作，第一線的後送機制則由消防救護隊與消防分隊負責。但本文認為，如能透過鼓勵與立法要求，來妥善利用廣大民眾第一時間互助機制，我國的緊急醫療救護體系將更完備。

---

<sup>10</sup>楊寶珠<2006>，《台灣緊急醫療救護體系現況探討》，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，頁3-6。

## 第二款 現行緊急醫療救護體系之組織分工與任務

綜觀上述緊急醫療救護法中關於體系部分，在運作十六個年頭過後，已經過三次的修正<sup>11</sup>。

第一次修正(八十九年二月)的重點，是在配合臺灣省政府功能業務與組織調整，即是一般所說的「凍省」，故於主管機關部分移除省衛生主管機關。

比較特殊的是由於九二一大地震造成通訊與道路中斷，導致部分地區救護車無法前往救護，僅能藉助救護直昇機載送傷病患，故於第十一條救災救護指揮中心之任務增列第六款：「聯絡救護直昇機設置機構執行空中救護業務」。雖然因應空前的地震災難，增列上款救災救護指揮中心之任務有著宣示性的意涵，但隨後也在第三次修正時，因救災救護指揮中心聯絡執行救護之載具並不限於救護直昇機，故再修正為「聯絡救護運輸工具之設置機關(構)」，俾包含救護船及其他載具，以臻周延。

第二次修正(九十四年二月)的重點，主要在第七條將原條文之「天然災害」修正為「災害」，蓋災害非僅限天然，其他人為或意外災害益所在多有。猶更重要的修正是，各級衛生主管機關於規劃各類災害及緊急事故之緊急醫療救護時，得結合全民防衛動員準備體系，以增進調度救災救護資源能力。簡而言之，面對災害及緊急事故，主管機關宥於有限之資源，常有力有未逮之嘆，但民力無窮，結合全民之力積極應變，應是明智之舉。本文之主旨：民眾應納入緊急醫療救護體系，亦是本諸於相同的出發點。

第三次修正(九十六年七月)的重點，包括第五條第二項，規定應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並於第九條第一項規定成立區域緊急醫療應變中心(Regional Emergency Operations Center, R.E.O.C.)，目的在於：

---

<sup>11</sup>緊急醫療救護體系之立法沿革，詳見附錄二。

(一) 補強中央衛生主管機關二十四小時監控災害事件發生之能力；(二) 作為中央衛生主管機關統整跨直轄市、縣(市)指揮權之前進指揮所；(三) 因應未來發展趨勢所需。台灣的各縣市資源相差甚多，健保制度下平常民眾擁有極高的就醫選擇權，所謂醫療資源缺乏時常只是方便性的問題。面對一個重大災難或健康危機的事件，地方衛生及消防主管機關很難以單一縣市的到院前救護資源及醫療資源來應付，恐有影響民眾的健康甚至生命安全之虞。衛生署依上述規定，在九十四年在六個區域(北區、台北區、中區、南區、高屏區、東區)設置緊急醫療應變指揮中心，協助在上述緊急狀況下，協調跨縣市的醫療資源整合，應付緊急醫療的需求<sup>12</sup>。此六大區域緊急醫療應變中心的成立，於台灣緊急醫療救護史，屬於劃時代變革。

緊急醫療救護法的體系經三次修正後，組織分工與任務分配已日益明確與健全。

在中央，衛生主管機關會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，並訂定全國緊急醫療救護計畫，建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，每年公布緊急醫療品質相關統計報告。中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為相關緊急醫療救護業務諮詢或審查。中央衛生主管機關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。

在地方政府，則須訂定緊急醫療救護實施方案，辦理緊急醫療救護業務。各級衛生主管機關，須規劃辦理災害及戰爭之預防應變措施，必要時，得結合全民防衛動員準備體系，實施緊急醫療救護。各地方衛生主管機關亦得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為相關緊急醫療救護業務諮詢或審查。各地方衛生主管機關對轄區內醫療機構之緊急醫療業務，應定期實施督導考核。各地方消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理緊急救護事項。各地方消防主管機關應劃分救護區，並由救護

<sup>12</sup>石富元等(2009)，〈區域緊急醫療災難應變指揮中心(EOC)之重大緊急傷患事件運作協調機制探討〉，摘要。

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。

區域緊急醫療應變中心(R. E. O. C)之任務，在協調跨縣市的醫療資源整合，應付緊急醫療的需求。

由以上介紹可知，我國的緊急醫療救護體系，從中央到地方有健全的指揮架構、從消防機關和衛生機關協力完成業務與督導考核、有區域緊急醫療應變中心協調與整合醫療資源、有救護隊或消防分隊實際執行緊急傷病患到院前之緊急救護業務、最終由各醫院給予緊急傷病患適當之處置。各司其職並有查核機制，也經過緊密連結。但最大的缺憾，卻是獨缺民眾在緊急傷病患發生時，最重要也最無法取代積極功能。本文將在第六章中，由醫學面向與社會需求面向探討，說明將民眾納入緊急醫療救護體系，有其高度之必要性，也可以大幅提高我國到院前緊急醫療救護成效。

### 第三節 小結

即使是在地狹人稠的台灣社會，普遍的事實是：當緊急傷病發生時，一一九的救護技術員與醫院的醫護人員因為交通問題，幾乎難以在前五分鐘內趕至現場急救，此時目擊之民眾無疑是此嚴重緊急傷病患者，能否存活的最關鍵人物。假設我們繼續漠視前項所整理之醫學證據，仍未把民眾納入緊急醫療救護體系之中，那我國緊急醫療救護的成效預期仍將持續低迷不振，實非個人、社會與國家之福。

綜合上述分析，建議在緊急醫療救護法第二章「緊急醫療救護體系」第14條之後，將一般民眾納入緊急醫療救護體系之中，條文內容可仿效德國不為救助罪之精神與內容，斟酌我國現有的法律規定，制定妥適的緊急醫療救護法條文，讓民眾積極參與急難互助。

## 第三章 我國現行緊急醫療救護相關法律 規範的缺失

### 第一節 現行緊急醫療相關法律規範

在台灣，對於一般民眾是否應有施行緊急醫療救護之義務及其相關法律關係，目前並沒有專法加以規範。

以刑法遺棄罪分析，通說認為「消極遺棄」排除於「無義務者遺棄罪」之外。極端的事例是無義務之民眾，即使是冷血地連 119 報案電話也不願打，仍不致受任何法律約束。

另若「未受委任，並無義務，而為他人急救者」，應成立民法之所謂「無因管理」，亦須受民法 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。」之限制。然因急救措施攸關生死，一有疏漏之處，常被責為重大過失，本文試舉兩例民眾急救糾紛即是慘痛經驗。此負面效應經由報章媒體的推波助瀾，使一般民眾存有擔心可能在事後承擔「急救不當」責任的陰影，不願伸出援手。

直言之，「多做多錯」、「不做不錯」、「有功無賞」、「打破要賠」，深深影響民眾。法律似承襲此一觀念，對於一般民眾是否施行緊急醫療救護消極以對，如何扭轉國內緊急醫療救護的困境，是吾輩應該努力推動改善的重要醫療法制工程。

如前所述，到院前猝死病患若未能及時接受緊急心肺復甦術，將導致病人送院後的存活機會微乎其微，本文認為此方面的闕漏可藉由制度面的改善及民眾觀念的普遍改變，來提升急救的存活率。本章將論述現行法中我國緊急醫療救護體系，以及緊急醫療救護之規範缺失。由於目前主要仍以民法與刑法為一般適用法律，但因民

法及刑法得規範的範圍程度，仍無法使一般民眾具有施行緊急醫療救護之義務，而其他的行政法規上亦未見有較完整的規定。以現行緊急醫療救護法的設計來說，到院前的第一線緊急救護業務規劃由消防機關各救護區之救護隊或消防分隊負責。綜上所述，以下將分別敘述國內現行緊急醫療之救護體系，以及分析指出民法、刑法、緊急醫療救護法等規範缺失，以作為相關立法改善參考。

## 第二節 民法規範之缺失

近代因受尊重個人之自由主義思潮的影響，所以普遍認為個人的事務應委由個人自行處理，不希望他人任意干涉；否則即有侵權之虞，應負損害賠償責任。而「無因管理乃此思想下之特例，其結果使原無權利干涉他人事務者，得藉無因管理干涉他人事務，並免於違法及侵權行為<sup>13</sup>。」

無法律上義務而為他人管理事務之事實行為，是為無因管理。民法第一七二條規定：「未受委任，並無義務，而為他人管理事務者，其管理應依本人明示或可得推知之意思，以有利於本人之方法為之。」

為促使民眾彼此互助，發揮見義勇為與急難救助的美德，避免生命與健康遭受危難或個人經濟損失，以增進全體社會之利益；相對於防止濫行干預他人事務，以免有害本人之利益。吾人當思考的是如何使兩者得以平衡而兼顧，此乃無因管理制度最重要的課題。

就民法第一七二條條文而言，我國民法有關無因管理之規定，當然是較偏於本人意思之尊重及本人利益之維護；但是在利益衡量與價值判斷上，自宜適度的導入社會連帶原理，使無因管理制度得以發揮其應有功能及作用<sup>14</sup>。

<sup>13</sup> 邱聰智（2003），《新訂民法債編通則（上）》，輔仁大學法學院，頁 85-86。

<sup>14</sup> 劉春堂(2003)，〈論無因管理〉，輔大法學二十六期，P2。

## 第一項 無因管理之成立要件

要件有三，即 1. 須管理他人事務；2. 須有管理意思；3. 須無法律上義務，分述如下<sup>15</sup>：

### 第一款 須管理他人之事務：

一、管理事務：此法條所謂「管理事務」，與委任所稱「處理事務」（民法第 528 條以下），意義相當，乃指處理事務之一切行為，不論其為管理行為（保存行為、利用行為、改良行為）或處分行為，法律行為或事實行為，均得成立為無因管理行為。另無因管理成立與否取決於管理事務本身及其過程，目的是否達成或實現，與無因管理之成立並無關係。

二、事務：意指有關你我生活利益之一切事項，而適於為債之標的者，並不限於財產的事務，即其他非財產的事務（如救助人命）亦包括之，且不問其為事實行為抑或為法律行為，亦不問其係一次的行為抑或為繼續的行為，均無不可。

三、他人事務：事務須屬他人，始得成立，但是不必全部為他人事務，事務之一部為他人事務，一部為自己事務者，就他人事務部分亦可成立無因管理。

### 第二款 須有為他人管理之意思

無因管理制度，主要在於管理人為他人管理之意思，即管理人認識其所管理者係他人事務，且有將因管理事務事實上所發生之利益歸屬於本人之意思，稱之為「管理意思」。因為無因管理並非法律行為，管理人只要有「管理意思」即可，不必將之表示於外即得成立。

---

<sup>15</sup> 邱聰智，前揭註 13 書，頁 87-89。

### 第三款 須無法律上之義務

無因管理制度上之所謂無因者，係指無契約上或法律上之義務，所以如依約或依法對本人負有義務時，其處理事務乃義務之履行，不能成立無因管理；換言之，即無因管理之成立，須管理人對本人無法律上之義務。

民法第一七二條所謂「未受委任」，乃無契約上義務之例示，故依委任、僱傭、承攬或合夥等契約，為本人管理事務，則管理人與本人間之法律關係，應依各該契約內容決定之，當然不成立無因管理。

例如父母對於未成年子女有教養之義務，對其財產有管理之義務（參閱民法第一〇八四條第二項、第一〇八八條），故父母為其子女醫病所支付之醫藥費，或修繕其子女之特有財產，對其子女均不成立無因管理<sup>16</sup>。在公法上負有義務者，例如警察救助遭遇災難之人，消防隊員從事救火行為，亦不能成立無因管理。

### 第二項 公益管理

依無因管理，如管理人違反本人明示或可推知之意思而為無因管理，不問其是否有利於本人，管理人均應負無過失損害賠償責任，對無因管理人而言，乃是責任之高度加重<sup>17</sup>。如貫徹此法律政策，將導致人人唯恐惹禍上身而憚於見義勇為，反而不利社會正義。所以民法另有公益管理及緊急管理的相關規定，以期減低管理人的責任標準。如民法一七四條第二項規定：如其管理係為本人盡公益上之義務，或為其履行法定扶養義務，或本人之意思違反公共秩序善良風俗者，不適用之（無因管理之無過失賠償責任）。

---

<sup>16</sup> 邱聰智（2003），前揭註 13 書，頁 89，父母為子女支出醫藥費，對於其子女雖然不成立無因管理，惟對於加害人，則得主張無因管理。

<sup>17</sup> 邱聰智（2003），前揭註 13 書，頁 93。

但是公益管理雖不負無過失責任，但其標準如何，一般解釋依現行法仍認為管理人需盡善良管理人之注意義務，即應依一般管理之適用第二二〇之過失責任規定。但學者另有不同看法，為避免對無因管理人過分苛責致利益之權衡失據，建議將民法第一七四條第二項改為：「其管理係為本人盡公益上之義務，或為其履行法定扶養義務，或本人之意思違反公共秩序善良風俗者，無因管理人應與處理自己事務為同一之注意<sup>18</sup>。」較為妥當。

### 第三項 緊急管理

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。」因事出緊急，難以期待管理人慎重考慮，如果立法要求責任標準過高，反而增加管理人因瞻前顧後延誤時機，而置本人無謂之損失擴大而已。

但依 55 年台上字第 228 號判例：「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。」即使已主張民法第一七五條之緊急管理行為(Notgeschaeftsfuehrung)，排除輕過失責任，但是否亦有侵權行為之損害賠償責任，將衍生爭議<sup>19</sup>。

本文以為，無義務之民眾施行救助行為，本可適用民法第 175 條之緊急管理，豁免其惡意或重大過失之外的民事賠償責任。但是輕過失之刑事責任無法免除，加以侵權行為之損害賠償責任亦未有明確的依據可以排除。影響所及，當然會對見義勇為者形成巨大的陰影，甚至因而卻步。故本文主張應立專法規範之，明確鼓勵與要求民眾執行急難互助作為。

### 第四項 緊急避難

<sup>18</sup> 邱聰智(2003)，前揭註 13 書，頁 94。

<sup>19</sup> 黃立(2006)，《民法債編總論》，頁 171，台北：元照。

若急迫危險已符合緊急避難要件，依民法第一五〇條：「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。前項情形，其危險之發生，如行為人有責任者，應負損害賠償之責。」則無因管理人之行為阻卻違法，不再論其故意，亦不負損害賠償責任。例如：鄰居火災，為解救反鎖於門內之小孩，以利斧破門而入，施救者當然無庸負破門所生之損害賠償責任。

但是緊急避難行為以避免危險所必要，並且未逾越危險所能致之損害程度為限，是為避難行為的必要性與限制性<sup>20</sup>。在比例原則之下，必須保護之法益大於侵害之前提下才有施用的可能。

緊急避難之要件包括：（1）須有急迫知之危險存在；（2）須為避免自己或他人生命、身體、自由、或財產上急迫知危險；（3）須避難行為為避免危險所必要；（4）須行為人對於危險之發生無責任<sup>21</sup>。

緊急避難較諸正當防衛更涉及不同的利益的取捨及其犧牲，除必要性及比例原則外，尚有所謂「法益權衡原則」的適用，即須以避免危險所必要，並未逾越危險所能致之損害程度，否則仍應負賠償責任<sup>22</sup>。

### 第五項 案例分析

令人記憶猶新的「景文高中玻璃娃娃事件」，因為各審級判決峰迴路轉，引發各界「好心是否也需量力而為」的爭論。最後在纏訟六年，最高法院將本案發回後，臺灣高等法院對本案再次做出判決（95年上更（一）字第6號判決）。

因本案峰迴路轉，歷審判決結果頗多歧異，以下簡要整理歷審

<sup>20</sup>施啟揚（2007），《民法總則》，頁401，台北：三民。

<sup>21</sup>郭振恭（2009），《民法》，頁121-122，台北：三民。

<sup>22</sup>王澤鑑（2010），《民法總則》，頁609，台北：三民。

法院之見解作為對照。

(一)台北地方法院 91 年度重訴字第 2359 號判決

承審法院認為行為人係為發揮同學間彼此照顧之美德，亦無任何強迫行為或故意可言；逝者已矣，而同學之生者仍須時受良心之譴責，被告就顏姓學生之死亡結果並無任何可予非難者，即其行為並無任何故意過失。

(二)台灣高等法院 93 年度上字第 433 號判決

上訴審法院則認為行為人對於顏姓學生之死亡具有過失，其理由約有：

- 一、行為人應已知顏姓學生係成骨不全之玻璃娃娃；
- 二、應非學校指定平日負責照顧顏○○之人，其對顏○○並無特別照護之義務，僅應負一般人之注意義務。
- 三、行為人雖係熱心好意抱負顏姓學生從樓梯下地下室，惟當日天雨，一般常人均會注意樓梯濕滑，應小心行走，抱負他人時更應小心謹慎，尤其顏姓學生係成骨不全之玻璃娃娃，其身體若遭受劇烈碰撞可能導致死亡結果，自應更為謹慎，以免滑落時使顏姓學生受創，行為人當時已滿十六歲，應有此認知及判斷能力，當時亦無不能注意之情事，詎其不注意樓梯地板溼滑，不慎跌倒，致顏姓學生跌落頭部鈍創、顱骨破裂及四肢多處骨折，送醫不治死亡，自欠缺一般人之注意義務，而應負過失責任。……，不能因其係熱心好意抱負顏姓學生即免其責任。

(三)最高法院 94 年度台上字第 2374 號判決

最高法院將高等法院所為判決廢棄發回，其指摘：原審謂行為人非學校指定平日負責照顧顏○○之人，其對顏○○並無特別照護之義務，應負一般人之注意義務云云，其所憑依據何在？究竟行為人之行為，有無過失？過失程度為何？似有未明。原審未遑詳為深究，逕行判決，未免速斷。且原審既認定行為人應負侵權行為責任，若謂其應負一般人之注意義務，則與侵權行為所應盡注意義務之關聯性如何，均未見原審說明其理由，尚屬可議。

(四)台灣高等法院 95 年度上更(一)字第 6 號判決

這次判決中，高等法院認為從下列幾點認為應該要從輕酌定其所應盡的注意義務，認定陳姓同學不負賠償責任：

一、侵權行為要求行為人應負善良管理人之注意義務者，因為就被害人立場而言，經法律承認之權益應受保障。侵權行為制度既以填補損害為目的，為維持社會的共同生活，自有必要要求行為人負擔抽象過失責任，方可保障一般人的權益不致任意受侵害。雖然如此，關於未成年人的過失責任，仍應以同年齡、具有相當智慧及經驗之未成年人所具注意能力為標準。由此觀之，注意能力不及善良管理人之程度者，令其負抽象過失責任，已逾越加害人所能注意之能力範圍，與負無過失責任無異。

二、陳姓同學基於熱心，主動負責推送抱負顏旭男，嗣並單獨抱負顏旭男下樓梯，均係「無償」之行為。按過失之責任，依事件之特性而有輕重，如其事件非予債務人以利益者，應從輕酌定，民法第 220 條第 2 項定有明文。本件既屬無償協助，得參酌上開立法之精神，自應從輕酌定陳姓同學之善良管理人之注意義務。

三、依民法無因管理之規定，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，民法第 175 條定有明文。陳姓同學緊抱顏旭男下樓，因學生所穿鞋子印濕樓梯，致樓梯溼滑，陳姓同學抱著顏旭男連同自己同時滑落至樓梯間，顯見陳姓同學之行為，並無惡意或重大過失之情形，自不負賠償責任。

四、結論：就陳姓少年之過失注意義務，「應以同年齡、具有相當智慧及經驗之未成年人所具注意能力為標準，以及出於熱心無償助人且攸關公共利益者之特性，應從輕酌定，以免傷及青少年學生愛心之滋長。」因此，高等法院以「陳姓同學全心全力胸前抱著顏旭男逐階下梯，視線已被阻隔，一時被前行隊伍踩濕之階梯，未及瞥見而生事故，難以苛責，滑落至樓梯間乃屬意料之外」、「即將摔倒之際，被上訴人陳姓同學仍緊抱顏旭男不鬆手，連同自己一併摔倒。且被上訴人稱事發當時陳姓同學是被壓在顏旭男的底下，如果一般人這樣子跌下去應該不會受傷那麼重」認定陳姓同學已盡心盡力，就一位熱心之高二青少年學生而言，其所負善良管理人之注意義務，應從輕酌定之，換句話說，陳姓同學並無怠於其應盡之注意義務。

務，故陳姓同學就顏旭男的死亡結果，並無任何可予非難之處，自無須負賠償責任。

### 第六項 小結

本案在纏訟六年後，經最高法院發回，由臺灣高等法院對本案再次做出最終判決（95年上更（一）字第6號判決），認定陳姓同學就顏旭男的死亡結果，並無任何可予非難之處，自無須負賠償責任。如此的結果，相信是比較符合大多數社會大眾的期待

「幫助他人需要衡量自身能力」，本案的二審判決<sup>23</sup>以之為理由，判決被告陳姓學生賠償三百三十萬元。曾引發媒體與輿論廣泛撻伐，許多有識之士憂心，如此判決將會造成社會大眾畏於拔刀相助與見義勇為，導致這個社會變得更冷漠。中華玻璃娃娃社會關懷協會理事長鄭淑勻更曾發表口頭聲明說：「日後若有人因協助玻璃娃娃不慎受傷或致死，家屬將不予追究，希望社會大眾對玻璃娃娃持續伸出援手<sup>24</sup>。」前總統李登輝也曾表示：「做好事的人沒有好報，反而被判賠償，遭受這樣的待遇，顯示社會價值已經喪失<sup>25</sup>。」，國民黨籍徐中雄立委，本身也是殘障人士，更曾激烈的表示：「做出這種判決的法官必定是來自『黑暗星球』，才會扼殺人類文明的善良面，應該被判處的不是陳同學，是判決的法官<sup>26</sup>。」

當然法官也有話說，二審判決合議庭表示，「助人是好事，也肯定陳生出於善意協助他人，但好心幫忙，一旦有過失卻一點責任都沒有，也說不過去，法官們僅能依法做出適法的判決。」「他們花了頗多心思討論此案，只是法律對於只要有一點過失就有侵權的責

<sup>23</sup>臺灣高等法院民事判決 93 年度上字第 433 號。

<sup>24</sup>自由電子報，<http://www.libertytimes.com.tw/2005/new/aug/27/today-so9.htm>，2011 年 3 月 28 日造訪。

<sup>25</sup>自由電子報，<http://www.libertytimes.com.tw/2005/new/sep/1/today-life9.htm>，2011 年 3 月 28 日造訪。

<sup>26</sup>自由電子報，<http://www.libertytimes.com.tw/2005/new/aug/27/today-so8.htm>，2011 年 3 月 28 日造訪。

任，才不得不沈痛做這樣的判決；原本他們也顧及陳生出於善意，要替他酌減賠償金額，但陳生、陳母與景文高中在法律上屬於連帶債務關係，賠償金額需一致，才無法單獨替陳生折抵<sup>27</sup>。」

本文贊成台灣高等法院 95 年度上更(一)字第六號判決中，高等法院認為應該要從輕酌定其所應盡的注意義務，認定陳姓同學不負賠償責任的前兩項理由，一、關於未成年人的過失責任，仍應以同年齡、具有相當智慧及經驗之未成年人所具注意能力為標準。二、陳姓同學基於熱心，主動負責推送抱負顏旭男，嗣並單獨抱負顏旭男下樓梯，均係「無償」之行為。按過失之責任，依事件之特性而有輕重，如其事件非予債務人以利益者，應從輕酌定，民法第 220 條第 2 項定有明文，自應從輕酌定陳姓同學之善良管理人之注意義務。

但本案於 95 年上更(一)字第 6 號判決中，認為適用民法第 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。因陳姓同學之行為，並無惡意或重大過失之情形，自不負賠償責任。但民法第 175 條所為之急迫危險，常有個人判斷上之差異，所以我們在本案的前三次判決中，並未見到本條文之適用。好意施惠也並非必然與本人急迫危險之免除有直接相關，故學者<sup>28</sup>認為基於好意施惠行為所為之管理行為可類推適用第 175 條。在本案中，是否抱負被害人下樓僅涉及有無課堂參與學習的問題，與免除本人之危險並不相關。若在沒有急迫情形下，管理人若其僅就惡意或重大過失負責，對本人的保護似有不周，且本人對於管理人本身處理事務之能力之合理期待或信賴，亦將落空。故本文認為以類推適用民法第 175 條作為判決理由，並不全然合理。

在此案中陳同學為未成年人，增加了整體社會對他的同情與聲

---

<sup>27</sup>自由電子報，<http://www.libertytimes.com.tw/2005/new/aug/27/today-so9.htm>，2011 年 3 月 28 日造訪。

<sup>28</sup>王澤鑑，侵權行為法之體系構成及實務發展（講稿大綱），頁 16。

援，也突顯了有關國內有關見義勇為相關法律規範的荒謬性。但如果類似案例之當事人為完全行為能力人，是否也會面臨二審判決一樣的結局。本文以為：援引美國「善良撒瑪利亞人法律」的精隨，即「主動提供救助的無義務者，由法律保障豁免其輕過失之民、刑事責任」之精義，應可思考做為修法方向。

在現行民法的規範中，無義務民眾主動參與緊急醫療救護，若產生輕過失，在討論是否有損害賠償責任時，可由第 175 條之緊急管理與 150 條之緊急避難作適用關係之討論。

緊急管理係為他人管理生命、身體、財產上之急迫危險。緊急避難則為自己或他人避免生命、身體、自由、財產上之急迫危險。二者的效果皆為不負賠償責任，但前者須為非惡意或重大過失，後者則須為不逾越比例原則。

因緊急管理乃針對無因管理人較為具體之規定，應優先適用。本文第五章所舉之兩件民眾進行心肺復甦術案例，一件導致胸部嚴重外傷，造成心臟肺臟破裂損傷；一件患者屍體解剖呈現心臟破裂；皆遭檢察官認定有過失。若據此討論，其行為皆適用緊急管理應無疑義，只要非惡意或重大過失，不負賠償責任；但胸部嚴重外傷與心臟破裂之結果，是否為重大過失，本文認為應以行為人是否進行合理之急救行為來衡酌。如行為人嫌手痠，以磚頭取代雙手掌心互扣，致生嚴重傷害者，應成立重大過失；但若行為人基本上遵守急救原則，但因非醫療專業人員、施力與速度控制不佳、流程不熟悉與延遲，即使致患者產生傷害，亦不應成立重大過失。蓋行為人所欲保護之法益為生命法益，故進行心肺復甦術，捨此之外，別無其他方法可採，學理上稱為「必要的原則」<sup>29</sup>；所可能犧牲者，頂多為身體法益，相較之下，應符合比例原則。

本文主張的理由是，因為施行緊急醫療救護與心肺復甦術為特定之急救行為，有衛生署公告具體指引作為依據。如僅依現行民法緊急管理與緊急避難來排除行為人之輕過失賠償責任並不足夠，一

---

<sup>29</sup>施啟揚，前揭註 20 書，頁 401。

般民眾難免疑懼若進行緊急醫療救護有瑕疵行為，很難不惹禍上身而「賠了夫人又折兵」，最後極可能為了自保而什麼都不敢做。本文主張宣示性地在緊急醫療救護法中，立法讓民眾在主動參與緊急醫療救護時，享有輕過失之責任豁免的保護，以避免扼殺主動、善意與不求回報的好心人美意。

本文以為，於緊急醫療救護法中專法規範民眾參與緊急醫療救護，有下列數項理由：

一、民眾參與緊急醫療救護，依前述試擬之責任豁免草案條文，相對於民法第 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。」有較為個別化與具體化之特性。蓋民法第 175 條規範的是無因管理中管理人為免除本人之生命、身體或財產上之急迫危險，顧及的是生命、身體與財產法益；本文主張是具體的民眾有參與緊急醫療救護之義務，但參與後有輕過失之責任之豁免，顧及的是生命與身體法益，及衍生之社會法益，與財產法益無關。參與緊急醫療救護的行為，是具體的呼救、急救、心肺復甦術與災害搶救，非僅一般免除危險之舉動。

二、於緊急醫療救護法中專法規範民眾參與緊急醫療救護，當然有宣示性與鼓勵性之效果。如本文於第一章所言，台灣的緊急醫療救護成果相較於其他國家實屬偏低。以我國國力、人民素質、經濟發展、醫療品質與對生命權的重視，這樣的不良結果並非吾人所能接受。本文第二章已說明實證醫學證明將民眾納入緊急醫療救護體系，可以明確地提昇緊急醫療救護成果。所以是否在緊急醫療救護法中規範民眾有參與緊急醫療救護之義務，參與後有責任之豁免，可以窺見主政者與立法者對於我國緊急醫療救護的願景所在。

三、民法 175 條之緊急無因管理，僅免除輕過失之民事賠償責任。本文主張民眾參與緊急醫療救護，應有輕過失之民事與刑事責任豁免。蓋如第一點理由所言，民眾參與緊急醫療救護的行為，是具體的急救與心肺復甦術，有明確的指引依據，非僅一般免除危險之舉動，於行為人之要求較高。但於緊急傷病時，情況緊急且又常令人

措手不及，非好整以暇的作業流程可以按步驟進行。故應豁免參與緊急醫療救護的行為人輕過失之民事與刑事責任，相對於其可能產生之積極貢獻，應符合衡平原則。

### 第三節 刑法規範之缺失

刑法設有遺棄罪章，因為若行為人對於無自救力之人有遺棄之行為，往往會造成無自救力人之生命陷於危險狀態，甚至造成死亡之結果。基於對於生命法益的保護，遺棄罪並不以負有扶養義務之親屬為限，若無義務者之遺棄行為，導致無自救力之人生命陷於危險狀態，則足以構成無義務者之遺棄罪，在犯罪類型上多數說認為應屬具體危險犯，然而林山田教授亦指出現行法將陷無自救力人之生命於危險之狀態，當作不成文之構成要件要素，而未規定於不法構成要件中，有違構成要件明確原則，宜修法改善<sup>30</sup>。但林東茂教授基於以下數項理由，認為普通遺棄罪是抽象危險犯<sup>31</sup>：

- 一、 具體危險犯為結果犯，構成要件上常常清楚描述具體危險犯，法條上會指出何種行為「致生……危險」。第293條第1項，在構成要件上並未如此描述，所以是抽象危險犯。
- 二、 具體危險犯相當接近實際侵害，所以處罰必須更重於抽象危險。普通遺棄罪的最重處罰不過六個月的自由刑，由立法者有意「從輕發落」，可以推知普通遺棄罪是抽象危險犯。
- 三、 德國刑法的遺棄罪（德刑§221）是具體危險犯，構成要件上明白指出，必須使被遺棄人「限於無助之境」（危險結果），法定刑是「三個月以上，五年以上自由刑」，明顯較重。
- 四、 學界與實務界，都將遺棄行為限縮在積極的移置，至於消極不理會則非遺棄行為，不成立普通遺棄罪，對行為人並不苛酷。
- 五、 並非任何移動無自救能力人的行為，皆成立遺棄罪，只要不是降低了獲救機率，即非法秩序所要譴責的遺棄。

<sup>30</sup> 林山田（2006），前揭註6書，頁101-111。

<sup>31</sup> 林東茂（2009），《刑法綜覽》，頁2-30，31，台北：一品文化。

六、若立法政策決定普通遺棄罪是具體危險犯，為免爭議，應在構成要件上增列「致生被遺棄人生命危險」，法定刑也應提高。

本文探討是否將民眾責任納入緊急醫療救護的體系之中，與刑法有關者，即在討論無義務者遺棄罪之適用與否，依刑法第 293 條：遺棄無自救力之人者，處六月以下有期徒刑、拘役或一百元以下罰金。因而致人於死者，處五年以下有期徒刑；致重傷者，處三年以下有期徒刑。

基於對於生命權重視之核心價值，本文亦認為普通遺棄罪是抽象危險犯，也不認同通說所謂「將遺棄行為限縮在積極的移置，至於消極不理會則非遺棄行為，不成立普通遺棄罪。」

如德國刑法第 323 條<sup>32</sup>：「意外事故、公共危險或困境發生時需要急救，根據行為人當時之情況有急救之可能，尤其對自己無重大危險且又不違背其他重要義務而不進行急救者，處 1 年以下自由刑或罰金。」德國立法者將其列於「危害公共危險罪章」，偏向以較輕的刑罰，來警惕社會民眾必須負擔「急難救助」義務，立法精神偏向危險犯，其性質應為「抽象危險犯」。論者並未抨擊德國立法者對於行為人過度苛刻，反而此立法精神亦被眾多大陸法系國家所援引。

### 第一項 遺棄罪之客觀不法構成要件

遺棄行為，包括積極將被害人移置他處，與消極離去而不顧被害人。前者為作為，後者為不作為。依一般學者之通說，本罪之遺

---

<sup>32</sup> § 323c Unterlassene Hilfeleistung: Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

[http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_323c.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_323c.html) (最後瀏覽日：03/22/2011)。

棄行為，在解釋上應僅限於積極之移置行為，無義務之行為人若僅消極地離去，依學者之通說，並不構成本罪<sup>33</sup>。但若依本文討論的核心價值，則此通說是否再無爭議，實有莫大的討論空間。

按最高法院三二上字第二四九七號判例之意旨：「刑法上所謂無自救力之人，係指其人無自行維持生存所必要之能力者而言，如因疾病、殘廢或老弱、幼稚等類之人等是。至其財產之能否自給，雖不無相當關係，究非以此為必要之條件。」而酩酊大醉者與因吸食麻醉藥品而昏迷者，對於身體及意志已失去自我控制，若無他人之救助，必然無以自保而對其生命構成危險，故德國判例認為亦應將此等人列入本罪所保護的客體<sup>34</sup>。

### 第二項 遺棄罪之主觀不法構成要件

行為人主觀上具有遺棄故意，對於被害人係無自救能力之人有所認識，並且進而決意將被害人移置於無人可予救助之地，使其生命陷入危險狀態之主觀心態，則具本罪之構成要件故意。

### 第三項 遺棄罪之結果加重犯

本罪雖為危險犯，但此種危險行為所造成的危險狀態，往往會升高到實害的階段，所以本法設有結果加重犯之規定。行為人主觀上對於此等加重結果並無認識之必要，惟此等加重結果必須確係因行為人之遺棄行為所引致，且為行為人所可能預見者，方能構成本罪之結果加重犯<sup>35</sup>。

### 第四項 緊急避難

緊急避難是我國刑法所明訂的阻卻違法事由之一。從法益比較來看，任何人若是為了拯救高位階的法益，而侵害了低位階的法益，則其侵害行為因為救助了優越利益而不具違法性。從目的與手段關

<sup>33</sup>韓忠謨（1982），《刑法各論》，頁 360，台北：三民。

<sup>34</sup>德國聯邦最高法院判例 BGH St,26 35。

<sup>35</sup>林山田，前揭註 6 書，頁 105。

係的觀點來看，任何人以相當的手段，去追求一個法所承認的目的，則其手段（即侵害行為）不具違法性。所以緊急避難必定牽涉行為相當性的判斷<sup>36</sup>。

緊急避難（Notstand）系指行為人處於危急情狀下，為了避免自己或他人生命、身體、自由、或財產上的現時危難，而出於不得已的行為，致侵害他人法益<sup>37</sup>。

緊急避難的要件<sup>38</sup>：

（一）存在緊急危難

1、危難之情狀（Notstandslage）：對於生命、身體、自由、財產等法益的現在性危難。

2、緊急（現在）之危難：指「現在」的危難，即若未立刻採取避難措施時，法益損害即有可能會發生或擴大者。

（二）實行緊急避難行為

1、避難行為必須是客觀必要者<sup>39</sup>。

2、避難行為必須符合利益權衡。

（三）避難行為須出於救助意思：乃其主觀的阻卻違法要素。

緊急避難行為逾越必要程度，稱之為過當避難（Notstandexzess）。其一為避難行為非避免權利受侵害唯一方法，其二為其惹起之損害非最少損害，是過當避難亦得成為阻卻責任事由，其要件包括（1）須其行為當初具備緊急避難之要件；（2）須其行為逾越必要程度；（3）須行為人未認識避難行為之逾越<sup>40</sup>。

<sup>36</sup>林鈺雄（2009），《新刑法總則》，頁 258-259，台北：元照。

<sup>37</sup>林山田（2008），《刑法通論》，頁 334-354，台北：台大法學院圖書部。

<sup>38</sup>林鈺雄，前揭註 36 書，頁 259-266。

<sup>39</sup> 94 年度台上字第 571 號：「刑法第 24 條第 1 項前段規定之緊急避難，以因避免自己或他人生命、身體、自由、財產之緊急危難而出於不得已之行為為要件，所謂不得已之行為，即其行為之取捨，只此一途，毫無選擇之可能性者而言，若緊急危難發生之際，尚有其他方法可以避免危害者，即難謂符合不得已之要件。」

<sup>40</sup>蔡墩銘（2009），《刑法總論》，頁 334-354，台北：台大法學院圖書部。

民眾施行緊急醫療救護，依緊急避難之要件分析，雖有存在緊急危難、實行緊急避難行為、與避難行為出於救助意思，但在避難行為必須符合利益權衡思考下，則出現構成要件該當性之爭議。蓋緊急醫療救護行為乃直接保護生命與身體法益之行為，正常情況下並無須主動犧牲其他法益，以成就此生命與身體法益之保護。與本文探討：民眾若為緊急醫療救護如不慎產生輕過失之傷害，依「善良撒瑪利亞人法律」不罰，兩者仍有本質上之差異。故本文重申現行刑法之規範，並未給予施行緊急醫療救護民眾，合理與有效之刑事責任豁免的保護，以致民眾怯於見義勇為。

### 第五項 小結

遺棄行為，包括積極將被害人移置他處，與消極離去而不顧被害人。依一般學者之通說，無義務者之遺棄行為，在解釋上應僅限於積極之移置行為，無義務之行為人若僅消極地離去，依學者之通說，並不構成本罪。義務之有無，依一般通說，以「基於法令」、「基於自願承擔保護義務」、「基於密切的生活關係」、「基於危險共同體」、「基於危險源的監控義務」、「基於危險前行為」等為依歸<sup>41</sup>。

基於尊重生命的核心價值，上述通說實存有極大的討論空間。一、對一般民眾而言，雖然可以理解所謂的遺棄行為，包括積極移置他處，與消極離去而不顧。但僅以法界才能理解的保護義務之有無，判斷一般民眾可否冷漠的消極離去，而不顧緊急傷病者之死活，卻不必承擔任何法律的約束，個人實難以苟同。美國也因為出現數起見死不救案例後，引發廣泛論戰，甚至也逐漸推動「善良撒瑪利亞人法」在各州的制訂，除了鼓舞見義勇為的積極行為，也免除施救者擔心發生不利於己的法律苛責。難道台灣這個進步的社會，卻寧可冷血與不道德，也要堅持所謂法界的通說嗎？

二、生命權的尊重與維護，應是法律學者、法律實務界、醫界與一般民眾均可認同的價值與最優先準則，而個人因工作服務於急診室，幾乎天天會看到民眾生命在瀕臨盡頭時的拔河。簡而言之，法

<sup>41</sup>林東茂，前揭註 31 書，頁 I-184-193。

律的制定，不應自外於民眾對於生命的尊重與積極爭取的良善天性，所謂「惻隱之心，人人有之」。現行刑法的遺棄罪反而間接的鼓勵所謂無義務者可以冷血地任意消極棄置危病者而不顧，這難道是我們對這社會應有的期待嗎？更深一層探討，國內有數以萬計的醫療工作人員，包括筆者身為急診室資深主治醫師，自信對於緊急醫療救護與急救事務有相當之把握，但是現行法中對於無義務之民眾與專業人士，在面對緊急醫療救護之需求時，毫無任何義務要求，即便是醫界之倫理規範<sup>42</sup>，亦未著墨專業之醫師非上班時間面對醫院外之緊急傷病患有何義務與責任。現行法規不論對專業醫療人員或一般民眾，面對無義務之緊急醫療救護均無責任相繩，但自告奮勇之見義勇為者，反而無法免除輕過失之民、刑事責任，實有違社會正義。

所以本文以為，僅依賴刑法第 293 條之遺棄罪，規範具有作為義務者不得消極的離去而不顧緊急傷病者；而大多數沒有作為義務的一般民眾與專業醫療人員，即使不用擔負任何危險或困難，雖然自私而冷血的離開，完全不受任何現行法律的約束，上述的規範，不但不道德，也突顯中華民國的立法制度對於生命權的尊重是有重大疏漏的，實有填補之必要，故本文主張在緊急醫療救護法中，規範無義務民眾的緊急醫療救護責任。

基於法治國原則與法律規範價值觀的一致性原則，在刑法理論上，依據法令的行為自無違法的可能，故刑法第 21 條規定「依法令之行為，不罰。」只要有法令的依據，而行為人主觀上出於依法行事的意思，且行為也未逾越法令的規定內容者，即有本項阻卻違法事由的適用<sup>43</sup>。

依法令之行為，不罰，係指該項行為在外觀上雖然具備犯罪之形態，然其係依據法律或命令所應為之行為；在刑法之評價上，不認其具有違法性與可罰性，故特以明文規定阻卻其違法而不予處

<sup>42</sup> 醫師倫理規範，<http://www.tma.tw/ethical/doc/醫師倫理規範.pdf>，（最後瀏覽日：05/20/2011）。

<sup>43</sup> 林山田，前揭註 37 書，頁 334-354。

罰。醫師法第 28 條規範：未取得合法醫師資格，不得擅自執行醫療業務。但合於「臨時施行急救」者，不罰。此係法律賦予非醫療專業人員，若主動對於危急病患施予急救行為，保障危急病患有機會得到救護，而施救者也不必擔心受罰。

但本文以為，從鼓勵與促進全民參與緊急救護而言，在法制上，若僅以醫師法第 28 條，讓私人主動參與緊急醫療救護，取得依法令之行為依據而阻卻違法，仍嫌不足。因為法律上若沒有直接賦與民眾有緊急醫療互助的義務、參與救護後沒有輕過失的責任豁免，由現行法的運作現況與低落的救護成效，證明的立法仍有缺漏。故本文再次強調，在緊急醫療救護法中納入民眾的緊急醫療救護義務，可以讓這樣的救護行為，從醫師法中的消極不罰，提昇至為法令所要求，我國的緊急醫療救護制度當可更為完備。

#### 第四節 緊急醫療救護法之規範闕漏

如本文前述之分析，是否將緊急醫療救護責任擴張至一般民眾，就外國立法例、實證醫學證據、實務經驗、生命權尊重與社會道德的彰顯而言，似乎都可以兼顧而不悖。但在法治國家，要限制人民之自由權利或是課予義務，從憲法第二十三條之法律保留原則而言，或是公權力行政為達成下命、禁止或確認之效果，所採取之抽象或具體措施，以及必要時所使用之強制手段，屬於行政法中之干涉行政(Eingriffsverwaltung，亦作干預行政)，均須有法律之依據。也就是在形式上必須有法律或法規命令之依據。至於此類限制，對自由或權利而言，固屬不利，但對維持社會秩序，避免其他社會成員之自由遭受不法侵害以及增進公共利益而言，乃屬不可缺少之手段<sup>44</sup>。重要的是立法時，盱衡所欲保護之公益與目的和所動用的手段間，不要顯失均衡與違背比例原則。

制定行政法規範的來源，可以包括：1. 習慣法：法治社會萌芽初期的重要法源。2. 憲法之具體化：直接具體化憲法所揭示之

<sup>44</sup>吳庚（2003），《行政法之理論與實用》，頁 17-18，台北：三民書局。

原則。3. 現行法規：從現行各種行政法規中抽象化之結果。4. 法理：作為實證法基礎之基本規範，並逐步形成行政法之一般原則。5. 外國法：因過往我國公法學起步較晚，繼受外國法為我國法制以充實內涵實屬正常現象。

### 第一項 建立無漏洞的緊急醫療救護制度

依本文第二章之整理歸納，我國之緊急醫療救護體系，在中央之衛生主管機關得會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，並訂定全國緊急醫療救護計畫，建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，每年公布緊急醫療品質相關統計報告。中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為相關緊急醫療救護業務諮詢或審查。為督促醫院重視此一業務，中央衛生主管機關應將醫院緊急醫療業務及協助到院前緊急醫療業務，納入醫院評鑑之項目。

在地方政府，則須訂定緊急醫療救護實施方案，辦理緊急醫療救護業務。各級衛生主管機關，須規劃辦理災害及戰爭之預防應變措施，必要時，得結合全民防衛動員準備體系，實施緊急醫療救護。各地方衛生主管機關亦得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為相關緊急醫療救護業務諮詢或審查。各地方衛生主管機關對轄區內醫療機構之緊急醫療業務，應定期實施督導考核。各地方消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理緊急救護事項。各地方消防主管機關應劃分救護區，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。

區域緊急醫療應變中心(R. E. O. C)之任務，在協調跨縣市的醫療資源整合，應付緊急醫療的需求。

各個醫療院所，則由衛生署透過評鑑制度予以分級，從地區醫院、區域醫院至醫學中心；從一般責任醫院、中度責任醫院至重度級責任醫院。各司其職，戰戰兢兢地在工作崗位上執行緊急傷病患的醫療照護工作。

現行國內緊急醫療救護制度，實缺民眾的積極參與機制。但不論在醫學面向與社會需求面向均證實，將民眾納入緊急醫療救護體系，有其高度之必要性，也可以發會其最積極的功能。如何讓無義務之民眾與專業醫療人員，透過立法的程序，建構國內的無漏洞之緊急醫療救護制度，是本文接續討論的重點。

### 第二項 緊急醫療救護責任擴張至一般民眾之法理檢視

綜上所述，如欲在現行緊急醫療救護法中增訂條文，將緊急醫療救護責任擴張至一般民眾，即法律規範對於人民，直接限制其於緊急傷病患出現時不為急救(不作為)之自由，將會使人民的行為自由受到限制，逐一檢視上述各項理由以及法制上之一般原則，應可判斷其修法增定之必要性。

一、每一位民眾均可能因緊急傷病發生，而無助地在社會上任一角落等候救援，而這樣的援助契機稍縱即逝，許多垂危病患可能在數分鐘之內因乏人聞問而回天乏術。以法規要求一般民眾應在不危害自身安危前提下伸出援手，不得棄置不顧，同時法規也應保障民眾不須在施救後承擔輕過失的法律責任，避免戕害施救的善心。這樣有配套的法規制定，當然符合誠信原則；

二、衡諸普世價值對於生命權的重視，與施行急救已在醫學發展的突飛猛進下日益簡單而有效，要求一般民眾對於外傷病患施予單純的直接加壓止血以避免出血性休克，或對於疑似心因性猝死病患直接胸部按壓之心肺復甦術(CPR)，都可能產生起死回生的功效，但對於一般民眾自身則幾乎零風險，即使心肺復甦術之施力或速度不當造成身體傷害，亦不至於惡化病患之生命法益。依本文觀點，應當符合比例原則。

三、因本文所探討者，並非授益行政處分之撤銷或廢止，乃屬行政法律之修定，故較無「信賴保護原則」<sup>45</sup>適用或抵觸的問題。

四、將緊急醫療救護責任擴張至一般民眾，當然有居於為公益

<sup>45</sup> 通說均認為信賴保護原則乃法律適用原則，非立法原則。

服務的考量，但從深入層面來看，有幸獲得援手的被施救者，無非是其生命權與健康權的私益獲得最大的保障機會。對於國家與個人而言，則是看到公益與私益兼顧的最佳結果。

五、「明確性原則」應包含可理解性，可預見性與可司法審查性。有識者可能會擔心要具備急救能力的可理解性難度太高，並不適合將責任加諸於一般民眾。當基於醫學常識的推廣與實證醫學的證明，簡單的急救措施，如出血病人接受直接加壓止血，猝死病人接受兩乳連線中央持續胸部按壓，即可以大大提升急救成功率，以台灣社會教育普及與人民素質提昇，是不為也，非不能也。另或謂於公共場所(如車站、市場等)如一人突然倒地不起，圍觀者或路過者如為數十或數百人，難道法律的規範要擴大到通通處罰嗎？個人認為此純屬多慮，蓋當可能的施救者有數人時，就心理學而言是更容易激起人類良善的助人天性與勇氣，更何況本文探討的是民眾臨時施行急救責任的建立，並非以處罰為目的，更深入的論述本文將在立法建議中再行介紹。

六、本文認為，具備責任能力完全之人，皆應有平等的緊急醫療救護責任，除非當事人有老病傷殘或其他客觀合理理由，不應有差別待遇。

七、因本法規得適用在於民眾的緊急救護互助，並無行政機關利用其優勢，濫用公權力與不當聯結的疑慮。

八、就人民生存權之保障而言，如將緊急醫療救護責任擴張至一般民眾，即使遭受緊急危難與傷病者在社會的各個角落發生，雖然119救護技術員仍未到達，現場目擊的不特定民眾即可負起初步救助(first aid)的積極功能，依實證醫學的明確依據，這些傷病患的生存機率將獲得大幅提升。

九、國家存在的積極功能，無非在貫徹對於人民之國家保護義務。目前我國到院前急難互助依實際狀況，已難以期待自動自發的見義勇為者身先士卒，所以期待國家透過立法，增定在法律上課予民眾有參與緊急醫療救護之義務、參與後有責任之豁免、及不作為

者須承擔行政罰則，即是國家實踐其保護義務之具體表現

綜上所述，將緊急醫療救護責任擴張至一般民眾，應符合行政法立法之一般原則，亦為其他國家已有的立法例與學說，依本文之管見，中華民國立法諸公如能迎頭趕上，時猶未晚。

### 第三項 民眾不為緊急醫療救護應採行政罰或刑罰之探討

#### 第一款 行政罰之定義

目前我國法制上已定有行政罰法，在該法第1條與第2條，對於行政罰之內容與範圍，已載有明文<sup>46</sup>。但立法者對於何謂行政罰？並未定義。學理上認為行政罰(Verwaltungsstrafe)乃為維持行政上之秩序，達成國家行政之目的，對違反行政上義務者所科之制裁，行政罰又稱秩序罰(Ordnungsstrafe)<sup>47</sup>。

狹義行政罰以行政秩序罰為主要內容。行政秩序罰是行政機關為維持行政秩序，對過去違反行政義務者，施以刑罰以外之處罰。因此行政秩序罰具有以下幾個重要特徵<sup>48</sup>：

#### 一、以維持行政秩序為目的

國家行政權之行使有多種不同目的，因行政秩序罰具有制裁及

<sup>46</sup>行政罰法第1條：違反行政法上義務而受罰鍰、沒入或其他種類行政罰之處罰時，適用本法。但其他法律有特別規定者，從其規定。

第2條：本法所稱其他種類行政罰，指下列裁罰性之不利處分：

一、限制或禁止行為之處分：限制或停止營業、吊扣證照、命令停工或停止使用、禁止行駛、禁止出入港口、機場或特定場所、禁止製造、販賣、輸出入、禁止申請或其他限制或禁止為一定行為之處分。

二、剝奪或消滅資格、權利之處分：命令歇業、命令解散、撤銷或廢止許可或登記、吊銷證照、強制拆除或其他剝奪或消滅一定資格或權利之處分。

三、影響名譽之處分：公布姓名或名稱、公布照片或其他相類似之處分。

四、警告性處分：警告、告誡、記點、記次、講習、輔導教育或其他相類似之處分。

<sup>47</sup>吳庚，前揭註44書，頁461。

<sup>48</sup>洪家殷（2000），《行政秩序罰論》，頁8-10，台北：五南書局。

防止繼續違法之效，故常被採用作為維持行政秩序之手段，以達到其目的。

## 二、以過去違反行政義務的行為為處罰對象

行政秩序罰著重於對過去違反行政義務者之處罰，受處罰者能否在未來實現其仍未履行之義務，則非其目的。

## 三、處罰主體以行政機關為原則，例外由法院為之

行政秩序罰為行政機關用以維持行政秩序之手段，科處行政罰之機關通常為行政機關。然我國現制亦有由法院行使之例外情形，如依社會秩序維護法規定，影響人民權益較為重大之制裁如拘留及勒令歇業等，則由地方法院之簡易庭裁罰。

## 四、違反義務者須為一般行政法律關係內之人民

國家為維持行政秩序，基於法律規定，常課以人民一定之行政義務，若人民違背其應履行之行政義務，有礙於行政秩序之維持，則須施以適當之處罰。

## 五、以刑罰以外之處罰為手段

對違反行政義務者之制裁，可採刑罰或刑罰以外之處罰為手段，如罰鍰、沒入等。而行政秩序罰一般由行政機關依行政法規自行認定事實及處罰，故排除刑事法院管轄之刑罰。

## 六、處罰具有制裁性，非原行政義務之履行

對違反行政義務而有礙行政秩序之維持者，即處罰其行為，此種處罰者一種制裁，故非僅為原有義務之履行，而係針對其違反秩序之行為，基於制裁必要所為之處罰，故具制裁性質。

### 第二款 行政罰與刑罰之區別

在制裁法的體系中，對於不法行為素有刑事不法及行政不法的分別，而形成不同之制裁法系統，因此刑事犯與行政犯（Straftaten und Ordnungswidrigkeiten）即應有所區別。學理上有本於傳統的「自然犯」與「法定犯」的概念，即羅馬法所謂「mala in se」與

「mala prohibita」的觀念，認為刑事犯是屬於自然犯，也就是指一個實質上違反社會倫理道德的違法行為，因侵害公共秩序、善良風俗，為一般社會正義所不容者；而行政犯乃屬法定犯的性質，其行為在本質上並不違反倫理道德，但是為了因應情勢的需要，或貫徹行政措施的目的，對於違反行政義務者，加以處罰<sup>49</sup>。

當今社會變遷的日益快速，立法者為了經濟行政、交通秩序、環境行政的總總目的，而增加「行政刑罰」(Verwaltungsstrafe)或行政附屬刑罰(Nebenstrafe)，以致行政犯之立法日益擴張範圍，而形成刑法的肥大症(Hypertrophy)<sup>50</sup>，影響刑法的體系功能。到底不法行為該當為刑事犯或行政犯，實有加以探討的必要。以刑事犯與行政犯區別的理论而言，大抵可分為「質的區分說」、「量的區分說」及「質量的區分說」。

#### 一、質的區別理論：

違反行政義務或違反行政秩序之行為，稱「行政犯」，非行為之本質違反倫理或道德，亦稱「法定犯」。

對行政犯與刑事犯皆採「質的差異說」，違反刑事規定之刑事犯，如殺人、放火、搶奪等，恆有道德的可非難性。故法律科以違反者之處罰，乃符合社會道德規範，故刑事犯屬「自然犯」。

#### 二、量的區別理論：

此說認為行政罰與刑罰，僅有量的區別，並無本質上之不同<sup>51</sup>。

即行政秩序罰與刑罰皆是對人民不法行為之處罰，而行政秩序罰處罰較輕微之違反行為，刑罰則以較重大之違反為對象，且行政秩序罰主要在補刑罰之不足，二者僅在「量」上有所不同，與性質是否涉及社會倫理之可非難性無直接相關。至於何種行為應受行政秩序罰或刑罰，往往為立法政策上之考慮，與本質上的必然性無關<sup>52</sup>。

<sup>49</sup>韓忠謨(1980)，〈行政犯之法律性質及其理論基礎〉，《國立台灣大學法學叢》，10卷6期，頁4。

<sup>50</sup>Baumann /Weber, Strafrecht, Allgemeiner Teil, 9.Aufl. 1986, S.38.

<sup>51</sup>陳新民(2005)，〈行政法學總論〉，頁285，台北：元照。

<sup>52</sup>吳庚，前揭註44書，頁463。

### 三、質量兼採理論：

此說認為刑事不法與行政不法兩者不僅在行為的量上，而且在行為的質上均有所差異。

刑事不法行為在質上具有較深度的倫理非價內容，與社會倫理的非難性，而且在量上具有較高的損害性與社會危險性；行政不法行為在質上具有較低的倫理可責性，或者不具有社會倫理的非價內容，而且其在量上亦較不存有重大的損害性與社會危險性<sup>53</sup>。

### 四、目前實務：

最高法院刑事裁判<sup>54</sup>：「刑罰復可分為一般刑罰與行政刑罰，前者，通常是就違反社會性之犯罪行為，基於防衛社會與矯治教化為目的所施以之制裁；後者，則係基於行政政策上之考量，對違反行政法上之義務行為，以前揭刑法所定主刑及從刑之刑名加以制裁，此類處罰，屬於刑罰之性質，應由刑事法院依刑事訴訟程序處理之。至行政罰，乃就違反行政法上義務之行為，本於維持行政秩序之目的，由該管主管機關以刑法刑名以外之方法予以處罰，其種類繁多，常見之拘留、罰鍰、罰役、沒入、勒令歇業、禁止發行、限期改善、勒令恢復原狀等皆屬之。足見行政刑罰與行政罰，二者性質有別，不容混淆，然行政刑罰若未能完全達其功能，自非不得再加行政罰予以併罰之。」

時至今日，強調行政犯與刑事犯乃「質」的差異已逐漸消失，而確認二者常屬「量」的不同，殆已成為通說<sup>55</sup>。

#### 第三款 小結

「民眾不為緊急醫療救護」，到底該當為行政犯或刑事犯，可採學者綜合以下六種可能影響不法行為輕重之因素判斷之：一、非難性之程度；二、危險之程度；三、法益之侵害；四、發生之頻率

<sup>53</sup>林山田（1976），〈論刑事不法與行政不法〉，《國立台灣大學法學叢》刑事法雜誌，20卷2期，頁120。

<sup>54</sup>89年台非字第87號。

<sup>55</sup>吳庚，前揭註44書，頁463。

與數量；五、制裁制度之特性；六、權力分立之理念<sup>56</sup>。此即綜合觀點，實集合「質的區別理論」及「量的區別理論」的綜合結論。

「民眾不為緊急醫療救護」，涉及不特定他人之生命及身體重大法益無以維護，對社會正義與社會的危險有重大之斲喪，且吾人每日皆可於報章媒體獲悉社會各角落，可能發生約100例亟待救援之緊急醫療個案，發生頻率不可謂不多。

但權衡不特定他人遭逢緊急醫療事故時，並非行為人侵害所致。無義務民眾之消極不為緊急醫療救護，其實並不會更惡化他人的生命及身體重大法益。現今國內層出不窮的見死不救個案不但沒有法律規範，連基本的倫理道德非議亦日趨冷淡，雖然亦有橫跨醫學與法律的學者疾呼與論述：「論民眾不為醫療上急難救助之刑事責任」，希望國內立法應仿德國例，創設「不為救助罪」<sup>57</sup>，但似乎激不起社會與立法者的重視與行動。

在兼顧質與量的情形下，「民眾不為緊急醫療救護」的法律評價，應依據下述五個標準而決定<sup>58</sup>：

- 一、 不法行為在倫理道德上之非難性。此乃對於不法行為本身的價值判斷。
- 二、 不法行為所破壞與危及之法益的價值與程度。此乃對於不法行為所生結果的價值判斷。通常法益的價值乃依法益在社會秩序與社會共同生活中的地位來決定，如專屬法益高於財產法益。

<sup>56</sup>洪家殷（1996），〈論行政序罰之概念及其與刑罰之界限〉，《東吳法律學報》，9卷2期，頁104以下。

<sup>57</sup>王宗倫（2005），〈論民眾不為醫療上急難救助之刑事責任〉，東吳大學法律學系法律專業碩士班碩士論文，摘要。

<sup>58</sup>鄭善印，（1990），〈刑事犯與行政犯之區別-德、日學說比較〉，頁129-130，台北：三鋒。

- 三、 從社會連帶的角度來看，現代社會，彼此息息相關。且從社會福利國家原則與我國已實施全民健保觀點，在醫療事務上，其實與每個國民間已有密切關係。
- 四、 不法行為的社會危險性，此亦即是國家對於該不法行為加以制止的必要性。
- 五、 刑罰之無可避免性。

本文認為，「民眾不為緊急醫療救護」，雖然具備倫理道德上之非難性、也使個人亟須救助的個人生命與身體法益無以維繫、也對於社會增加難以彌補的負擔，但在刑罰之最後手段性分析上，始終在國內難以得到共鳴。畢竟冷漠的社會風氣非一朝一夕所致，想要一步到位直接繼受德國之「不為救助罪」，似乎有違刑罰的謙抑與最後手段性原則。

## 第五節 具體建議

建議在緊急醫療救護法第二章「緊急醫療救護體系」第14條之後，將一般民眾納入緊急醫療救護體系之中，條文內容可仿效德國不為救助罪之精神與內容，讓民眾在目擊緊急傷病時，若有急救的可能性，對於自己也無重大危險，與其他重要義務也不相牴觸時，應該有呼叫救援和進行急救的義務。反之若民眾違反義務，故意不為緊急醫療救護，則要予以科責，處罰不宜過苛。重點在扭轉民眾不應冷血與見死不救，而非以處罰為目的，方符合社會普遍之法感。

本文雖主張民眾違反緊急醫療之互助義務者，須接受行政罰。但處罰不至過重，處罰當然也不是目的，揭禁的是生命權無價的重大意義。透過立法來扭轉「多做多錯、不做不錯；有功沒賞，打破要賠」等極度負面的社會價值判斷與集體行為。使我國在二十一世紀的地球村，有機會扮演民眾勇於互助、緊急醫療救護成效卓著的標竿角色，也是另一種讓台灣提升能見度的積極方法。

## 第四章 各國對於民眾參與緊急醫療救護 之立法例

本章是介紹各國對於民眾於緊急醫療救護義務之立法例。如前所述，一般民眾（Laypersons）施行緊急醫療救護，在台灣並未立法規範參與義務，僅能消極的以幾乎不存在構成要件的「遺棄罪」檢驗現場民眾，但是在其他國家早已有運作成效良好的立法例。

英美法系國家對於民眾參與緊急醫療救護相關的法律問題，可由兩個面向觀察。其一為給予法律的豁免保護，亦即在符合出於善意與不求回報的見義勇為行為，以所謂「善良撒瑪利亞人法」（Good Samaritan Law）或「善良撒瑪利亞人法則」（Good Samaritan Doctrine），給予免於民事與刑事責任的保護；其二國家對於在急難現場的一般民眾，課予急難醫療救助的義務，必要時以刑罰手段加以干涉。

日本刑法典並未特別就「不為救助罪」給予刑法明文非難。也無如英美法系國家的「善良撒瑪利亞人法」或「善良撒瑪利亞人法則」立法體例。假使面對「民眾不為緊急醫療救護」的「見死不救」行為，只能由是否構成「遺棄罪」加以論斷。

大陸法系國家，以德國立法為例，德國刑法第 323c 條之「不為救助罪」，係指意外事故、公共危難或他人急難時，有救助之必要，依當時情況又有可能，對自己並無顯著危險，而不救助者，須負刑事責任。「不為救助罪」，列於「危害公共安全罪章」，顯示德國立法者認為「不為救助罪」恐生公共危險，其所欲保護的法益屬於「社會法益」，並將其定位為「危險犯」，屬於抽象危險犯的範疇。

中國在各個省市皆有類似「見義勇為表彰條例」的地方立法，鼓勵積極的「善良撒瑪利亞人」行為。其立法標題有 3 個關鍵詞，即「獎勵」、「保障」和「保護」。直言之就是保障見義勇為者流血不流淚，不至於因見義勇為陷入危險或貧困，為此也在 1993 年成

立了中華見義勇為基金會，各省市也建立了同樣的機構募集資金。

## 第一節 美國

古典的英美法體系向來尊重個人的自由意志，在以往，如果旁人和遭遇緊急危難者之間，不存在任何親屬關係或特殊關係，那麼旁人就不需為他的不作為負擔任何責任。

以美國為例，根據 1987 年新罕布什爾州法院的意見：如果一名男子眼看一個兩歲的嬰兒在鐵軌上，而火車正在高速駛近；或該嬰兒正在深井邊沿玩耍，他其實可以不承受任何危險地把嬰兒抱離鐵軌或井沿，但如果他沒有這樣做<sup>59</sup>，甚至掏出攝影機把嬰兒遇難的場面拍攝下來，人們可以說他冷血、不道德，卻不能要求他承擔任何法律責任<sup>60</sup>。而所謂的特殊關係，包括監護人與被監護人，醫生和病人，登山導遊與旅遊者，警察、消防隊員、救生員和公眾，船長、船員與乘客，主人與僕人，主人和客人等之間的關係<sup>61</sup>。

但是這樣尊重個人自由與不鼓勵個人干預他人事務的傳統思維，當然會造成「自掃門前雪」與「莫管閒事」的自私社會風氣，而民眾當然也會共同承擔苦果。凱薩琳·潔洛維斯（Catherine Genovese）案件於 1964 年 3 月 13 日凌晨 3 點在紐約皇后區發生：總計 38 個人看著、聽著 28 歲的意大利裔女工凱薩琳·潔洛維斯在他們的住宅樓外被殺，無人干預，也無人及時報警<sup>62</sup>！此事在《紐約

<sup>59</sup> Patrick J. Long, *The Good Samaritan and Admiralty: A Parable of a Statute Lost at Sea*, In 48 *Buffalo Law Review*, P.597(2000).

<sup>60</sup> Charles O. Gregory, *The Good Samaritan and the Bad: The Anglo-American Law*, In James M. Ratcliffe(Edited by), *The Good Samaritan and the Law*, Doubleday & Company, INC, New York, p. 25s(1966).

<sup>61</sup> Aleksander W. Rudzinski: *The Duty to Rescue: A Comparative Analysis*, James M. Ratcliffe (Edited by), *The Good Samaritan and the Law*, Doubleday & Company, INC., New York, p.93(1966)

<sup>62</sup> Michael Doman, *The Killing of Kitty Genovese: Her public slaying in Queens becomes a*

時報》披露後，社會嘩然，被視為暴露了美國社會的人性黑暗面，刺激法律學者再次反思：傳統絕對尊重個人自由的合理性。進而通過援引聖經中的善良撒瑪利亞人，確立對陌生人救助義務的法律問題。

善良撒瑪利亞人的典故出自聖經路加福音第十章：「有一個人從耶路撒冷下耶利哥去，落在強盜手中。他們剝去他的衣裳，把他打個半死，就丟下他走了。偶然有一個祭司從這條路下來，看見他就從那邊過去了。又有一個利未人來到這地方，看見他，也照樣從那邊過去了。惟有一個撒瑪利亞人行路來到那裡，看見他就動了慈心，上前用油和酒倒在他的傷處，包裹好了，扶他騎上自己的牲口，帶到店裡去照應他。第二天拿出二錢銀子來，交給店主，說：『你且照應他；此外所費用的，我回來必還你。』你想，這三個人那一個是落在強盜手中的鄰舍呢？」他說：「是憐憫他的。」耶穌說：「你去照樣行吧。」<sup>63</sup>

1965年4月9日，在芝加哥大學舉行「好壞撒馬利亞人」(The Good Samaritan and Bad) 的國際會議<sup>64</sup>，其主題主要是提倡積極善良撒瑪利亞人行為方式，各國與會者對善良撒瑪利亞人立法問題進行了比較法研究，探討此等立法的理論基礎—道德法律化，最後產生了會議的成果：1966年善良撒瑪利亞人法建議稿<sup>65</sup>。(1) 人們阻止犯罪、協助警察逮捕罪犯、協助或救助處在危難中的個人以利於社

---

symbol of Americans' failure to get involved · On <http://www.newspday.com/community/guide/libistory/ny-history—hs818a,0,7944135,story>，(最後瀏覽日：2010年8月6日)。

<sup>63</sup> 台灣聖經網網站，

<http://www.taiwanbible.com/index.jsp?page=bible/viewStudy.jsp?ID=2915>，(最後瀏覽日：2010年8月6日)

<sup>64</sup> Stevens Point, WI :The Good Samaritan and the bad : a conference / made possible by Sentry Insurance.Conference on the Good Samaritan Issue ( University of Chicago Law School , 1965)

<sup>65</sup> Warren P. Miller and Michael A. Zimmerman, "The Good Samaritan Act of 1966: A Proposal", *ibid.*, pp.229-300.

會的行為。就阻止犯罪而言，帶槍權使美國人更容易在這方面有所作為；(2) 善良撒瑪利亞人如果因實施此等行為死亡、受傷或財產受到損害，有向國家取得賠償的權利；(3) 善良撒瑪利亞人的行為造成損害時對其責任有豁免的限制（第 2 條）<sup>66</sup>。

事實上早在 1959 年，加州即已制定了美國各州中最早的一部「善良撒瑪利亞人法」<sup>67</sup>。法案中豁免了免費服務的專業人士在提供醫療服務時，因輕過失的損害賠償責任，僅對重大過失負損害賠償責任；相對照於普通法要求善良撒瑪利亞人遵守注意義務，一旦開始救助，就要對由此產生的損害負賠償責任<sup>24</sup>。

但儘管如此，「善良撒瑪利亞人法」的規定當然是立意良善，希望降低見義勇為者的疑慮，降低因見義勇為行為的賠償風險。但是隨後出現的兩例「善良撒瑪利亞人」的負面教材，不免又會重重澆熄民眾的熱情，因為台語俗諺所云「好心被雷親」也曾在美國上演。其中一例是哈里斯 (Harris) 控告美國案 (1983)<sup>68</sup>，簡要案情如下：哈里斯和另一個少年在一個軍事基地附近車禍受傷，一個路過的軍官基於善心停車救助他們。不久另一軍人及其女友經過這裡，軍官指揮該軍人把兩個傷者送往附近的醫院。在路上車子因高速行駛而失去控制，撞到路樹，司機及兩名傷者死亡，司機女友重傷。死者家屬向他們認為應對軍人的行為負責的美國政府提出訴訟要求賠償，幸好遭到駁回。第二例是馬丁尼茲 (Matinez) 訴波多黎各海事局 (Puerto Rico Marine Management) 案 (1990)<sup>69</sup>，案

<sup>66</sup> Warren P. Miller and Michael A. Zimmerman, The Good Samaritan Act of 1966, In James M. Ratcliffe (Edited by), The Good Samaritan and the Law, Doubleday & Company, INC., New York, P. 279(1966).

<sup>67</sup> Patrick J. Long, The Good Samaritan and Admiralty: A Parable of a Statute Lost at Sea, In 48 Buffalo Law Review, P. 599 (2000).

<sup>68</sup> Melody J. Stewart, How Making the Failure to Assist Illegal Fails to Assist: An Observation of Expanding Criminal Omission Liability, In 25 American Journal of Criminal Law, P. 425 (1998).

<sup>69</sup> Patrick J. Long, The Good Samaritan and Admiralty: A Parable of a Statute Lost at Sea, In 48 Buffalo Law Review, pp. 618s (2000).

情大概如下：迪克森和瓊斯都是洪都拉斯漁民，1986年3月11日從阿拉巴馬的 Bayou La Batre 乘坐 Joan J II 號航行回國，途中遭遇風暴導致船隻進水。3月13日，從波多黎各航往新奧爾良的 Ponce 號收到了他們的求救信號後前往施救。在被救船隻即將沉沒的千鈞一髮之際，施救船對兩位遇難者拋出救生繩，要求他們綁住自己後跳水。令人惋惜的是他們被吸入船下，迪克森不幸死亡。瓊斯則被行進中的施救船拖行，最後也死去。其中之一的家屬向法院按鈴申告要求賠償，最後法院判處施救船的所有人應賠償死者的家人 120 萬美元。因為按普適法，如果施救行為妨害了被救助者或惡化了其處境，施救人要承擔責任。相反，對受難的情形袖手旁觀的人，例如像善良撒瑪利亞人故事中的祭司和利未人，儘管會受道德譴責，反而不會承擔任何法律責任。

從六〇年代迄今，美國各州陸續制定了自己的「善良撒瑪利亞人法」<sup>70</sup>，絕大多數都只規定消極的善良撒瑪利亞人的民事責任豁免問題，例如有的州的這一立法屬於民事訴訟法的「民事責任的豁免」部分的一個或數個條款，甚至是捐獻食品引起損害的民事責任的豁免問題，如波多黎各的「保護捐贈食品的善良撒瑪利亞人法」(Act to Protect the Good Samaritan who Donates Food)。

「善良撒瑪利亞人」立法的例外是羅德島、威斯康辛、明尼蘇達、佛蒙特、夏威夷和華盛頓等六個州<sup>71</sup>，它們的「善良撒瑪利亞人」立法課加人們不同形式的積極救助義務。前4個州要求施救的主體自己對危險中的受害人提供救助，簡稱「救人的善良撒瑪利亞人」；後兩個州只要求施救的主體呼叫救助，可遇簡稱「呼救的善良撒瑪利亞人」。儘管都是要求積極行動，後種模式對施救的行動人的人性要求較低，當然安全性也高得多。

<sup>70</sup> Eric A. Brandt, Comment, Good Samaritan Laws-The Legal Placebo: A Current Analysis, In 17Akron Law Review (1983).

<sup>71</sup> Barry Sullivan, Some Thoughts on the Constitutionality of Good Samaritan Statutes, In 8Am. J. L. and Med. P. 29 (1982).

法律會提高對人性的要求，當然是有脈絡可循的，畢竟立法要對民眾增加行為的限制，除了應考量是否抵觸大多數民眾的法感外，憲法保障的個人自由應是最高準則。

如前述，華盛頓州於1997年制訂了「救人的善良撒瑪利亞人法」，也就是「喬伊·列維克法案」(The Joe Levick Bill)，其實是源自於一個悲哀的故事。1994年6月2日，列維克在喝酒跳舞後與兩個朋友離開市中心的西雅圖俱樂部，在路上他們互相打架，三人都倒在路旁的排水溝裡。列維克被猛揍和狠踢。兩個朋友把他留在排水溝裡離去，他在痛苦近15小時後，被溝裡兩英寸深的積水淹死。列維克的女友、兄弟、一名攻擊者的妻妹和另一名攻擊者的母親，被家屬質疑應該為其見死不救行為承擔責任。列維克的父母發動了一場向州眾議院的請願，要求立法課加人們救助危難中的人的義務。州議會接受了這一請願，最後制定了「喬伊·列維克法案」，把不救助受傷者定為犯罪<sup>72</sup>：不為受到嚴重身體傷害的人呼叫救助定為犯罪，違反者處1000美元以下的罰金，90天以下的監禁或兩者並處。

時至今日，美國50個州都已頒布「善良的撒瑪利亞人法律」，立法的目的無非是鼓勵民眾在急難現場挺身而出、見義勇為，不須畏懼可能產生的訴訟後果。

「善良的撒瑪利亞人法律」一般是保障在緊急事件現場提供協助的人們，只要他們是基於善意，而且並不會因為該協助而接受特定的饋贈時，就不應該有法律訴訟的責任。在這些法律下所受保護的人們隨著各州的不同而有大有不同。在有些州，這些法律可以適用於處理急症的非專業性人員以及醫護和其他專業人員。在有些州，該法只能適用於特定的醫護專業人員，例如醫師，外科醫師，

---

<sup>72</sup> Melody J·Stewart·How Making the Failure to Assist Illegal Fails to Assist: An Observation of Expanding Criminal Omission Liability·In25American journal of Criminal Law, P·390(1998)·

或護理人員，或其他專業人員，如消防人員，警員，學校工作人員，以及安全人員。在其他州，也有法律是在接受某些急救訓練的前提下，適用於非專業性人員或緊急救護人員。有些州只有在緊急事件現場提供協助的情形下才給予保護。在其他州這種保護可能適用於在醫院內由不是急診或醫院工作人員的人所提供的協助。大部分的「善良的撒瑪利亞人法律」認為提供緊急協助的人必須基於良好的信心來協助、必須是在不預期有報酬的情形下、必須不是造成這種緊急事件的肇事者、而且也必須不是因故意或重大過失而草率的提供協助。「善良的撒瑪利亞人法律」是鼓勵在緊急事件時提供協助的一種有用而重要的工具。然而，如同以上所述，這個法律在各州之間有很大的差異。各州應由醫護及緊急救護人員，以及其他可能需要心肺復甦術的人，決定是否需要「善良的撒瑪利亞人法律」，而且應該決定由該法律所給予保護的人（法律行為主體）及行為範疇<sup>73</sup>。

以美國首都華盛頓特區為例，其「善良的撒瑪利亞人法律」內容如下<sup>74</sup>：

<sup>73</sup> 王宗倫，前揭註67文，頁16,17。

<sup>74</sup> District of Columbia Good Samaritan Act D.C. CODE 1981 §2-1344，  
[http://www.heartsafeam.com/files/District\\_of\\_Columbia\\_Good\\_Samaritan\\_Act.pdf](http://www.heartsafeam.com/files/District_of_Columbia_Good_Samaritan_Act.pdf)，2011年4月7日造訪。

Limitation on liability for medical care or assistance in emergency situations.

a. Any person who in good faith renders emergency medical care or assistance to an injured person at the scene of an accident or other emergency in the District of Columbia outside of a hospital, without the expectation of receiving or intending to seek compensation from such injured person for such service, shall not be liable in civil damages for any act or omission, not constituting gross negligence, in the course of rendering such care or assistance.

b. In the case of a person who renders emergency medical care or assistance in circumstances described in subsection (a) of this section and who is not licensed or certified by the District of Columbia or by any state to provide medical care or assistance, the limited immunity provided in subsection (a) of this section shall apply to such persons; provided, that the person shall relinquish the direction of the care of the injured person when an appropriate person licensed or certified by the District of Columbia or by any state to provide medical care or assistance assumes

§ 2-1344。在緊急情況下進行醫療照護或救助限制賠償責任

a. 在哥倫比亞特區，醫院以外的事故或其他緊急情況現場，任何人真誠地提供緊急醫療照護或救助傷者，對這種服務沒有期待從傷

---

responsibility for the care of the injured person.

c. A certified emergency medical technician/paramedic or emergency medical technician/intermediate paramedic who, in good faith and pursuant to instructions either directly or via telecommunication from a licensed physician, renders advanced emergency medical care or assistance to an injured person at the scene of an accident or other emergency or in transit from the scene of an accident or emergency to a hospital shall not be liable in civil damages for any act or omission not constituting gross negligence in the course of rendering such advanced emergency medical care or assistance.

d. A licensed physician who in good faith gives emergency medical instructions either directly or via telecommunication to a certified emergency medical technician/paramedic or emergency medical technician/intermediate paramedic for the purpose of providing advanced emergency medical care to an injured person at the scene of an accident or other emergency or in transit from the scene of an accident or emergency to a hospital shall not be liable in civil damages for any act or omission not constituting gross negligence in the course of giving such emergency medical instructions.

e. For the purposes of this section, the terms "emergency medical technician-paramedic" and "emergency medical technician-intermediate paramedic" mean a person who has been trained in advanced emergency medical care, employed in that capacity, and certified by the appropriate governmental certifying authority in the District of Columbia or in any state to:

1. Carry out all phases of basic life support;
2. Administer drugs under the written or oral authorization, including via telecommunication, of a licensed physician;
3. Administer intravenous solutions under the written or oral authorization, including via telecommunication, of a licensed physician; and
4. Carry out, either directly or via telecommunication instructions from a licensed physician, certain other phases of advanced life support as authorized by the appropriate governmental certifying authority.

者收到或尋求回報，除非有構成重大過失，否則不須負擔任何民事損害賠償責任。

b. 當非專業證照或認證之民眾在急難現場提供緊急醫療照護或救助，待其他專業認證醫療人員到場且可擔負醫療責任的情形下，須交由專業人員接手指揮照護。

c. 合格的緊急醫療救護技術員、高級緊急醫療救護技術員、中級緊急醫療救護技術員，只要是真誠地從有執照的醫生，接受直接的指令或透過電話溝通，在事故或其他緊急情況現場，提供進一步的緊急醫療照護或救助傷者，除非有構成重大過失，否則不須負擔任何民事損害賠償責任。

d. 有執照的醫生，真誠地直接或透過電話，給予合格的緊急醫療救護技術員、高級緊急醫療救護技術員、中級緊急醫療救護技術員，下達緊急醫療指示，在事故或其他緊急情況現場，提供進一步的緊急醫療照護或救助傷者，對於其所下達緊急醫療指示，除非有構成重大過失，否則不須負擔任何民事損害賠償責任。

e. “高級緊急醫療救護技術員”、“中級緊急醫療救護技術員”是指已接受高階的緊急醫療救護訓練，受聘於的適當的政府機關和認證機構，可以執行：

1. 進行各個階段的基本生命支持；
2. 經由書面或口頭授權，包括電話指示，從有執照的醫師接受指令並給予藥物；
3. 經由書面或口頭授權，包括電話指示，從有執照的醫師接受指令並給予靜脈注射。
4. 經由直接或電話指示，從有執照的醫師接受指令，進行政府授權的其他高階生命支持治療。

美國各州有關私人參與緊急醫療救護之法律規範，雖然各有差異，但其基本原則並無二致。亦即無義務民眾於急難現場，既有救助義務，違者最嚴重將予以刑事處罰；亦有責任豁免（善良的撒瑪利亞人法律），原則豁免見義勇為者相關刑事及民事責任。上述成功的立法經驗，值得國內立法者借鏡與效法。

## 第二節 日本

從實質內容詳查，日本刑法典並沒有類似德國刑法典，設置「不為救助罪」，也沒有如同其他大陸法系國家，制定有「不報告他人危難」、「不應公務員請求協助救難」、「不為他人申冤」及「拒絕協助追捕罪犯」等，給予刑法非難。當然也沒有仿效英美法系國家的「善良撒瑪利亞人法」或「善良撒瑪利亞人法則」。所以私人參與緊急醫療救護之相關問題，應該仍須由日本刑法中第三十章之「遺棄罪」加以探討。

### 第一項 現行條文

日本刑法第三十章遺棄罪<sup>75</sup>：

第 217 條（遺棄）遺棄老幼、殘廢或因疾病而需要扶助之人者，一年以下懲役。

第 218 條（保護責任者遺棄等）對於老、幼、廢殘或病人負有保護責任而將其遺棄，或不為生存上所必要之保護者，三個月以上五年以下懲役。

---

<sup>75</sup> 第三十章 遺棄の罪（遺棄）（最終改正：平成二二年四月二七日法律第二六号）

第二百七条 老年、幼年、身体障害又は疾病のために扶助を必要とする者を遺棄した者は、一年以下の懲役に処する。（保護責任者遺棄等）

第二百八条 老年者、幼年者、身体障害者又は病者を保護する責任のある者がこれらの者を遺棄し、又はその生存に必要な保護をしなかつたときは、三月以上五年以下の懲役に処する。

（遺棄等致死傷）

第二百九条 前二条の罪を犯し、よつて人を死傷させた者は、傷害の罪と比較して、重い刑により処断する。

第 219 條（遺棄等致死傷）犯前二條之罪，因而致人於死傷者，比較傷害罪，從重處斷。

由條文內容可見，日本刑法將遺棄罪區分為第 217 條之單純遺棄罪，第 218 條之對有保護義務者之遺棄罪（以及不保護罪）。另外第 219 條的遺棄致死罪為結果加重犯。

## 第二項 規範分析

### 第一款 保護法益與犯罪性質

#### 一、保護法益

日本刑法學者對於遺棄罪，有些認為是疏忽保護義務之罪，亦即「遺棄罪」為「應予扶助卻不扶助的反道義行為」，乃侵害社會法益的犯罪，此說與德國「不為救助罪」有其類似之處<sup>76</sup>；近來則多以為「遺棄罪」為對於生命、身體的危險犯，認為遺棄罪係保護個人法益的犯罪，且似乎已成為通說。

遺棄罪固然係對於個人法益之犯罪，但因遺棄他人致發生對其生命、身體之危險，整體社會之風氣與人性之善念自然亦受侵害，故當然具有侵害社會法益之犯罪性格。本文以為，「遺棄罪」所侵害法益應依個案判斷。從義務之有無來看，無義務者之遺棄罪，應偏向社會法益的侵害；而有義務者之遺棄罪，則依個案，判斷為或侵害個人法益、或侵害社會法益。

然而多數說仍主張遺棄罪係保護個人法益的犯罪，「個人法益」的內涵，日本學界有兩種主張之爭議：一是遺棄罪係在保護「生命法益」；二是遺棄罪係在保護「生命及身體法益」。現今日本學界及實務多採「生命及身體法益」說，蓋從遺棄罪設置加重處罰的「結果加重犯」規定（日本刑法第 219 條），及體系上立法者係將本罪置於傷害罪與墮胎罪之後，即可知之。不過，本條以刑罰強制行為

<sup>76</sup> 大塚仁，馮軍譯（2003），《刑法概說各論》，第 57 頁，中國人民大學出版。

人負有扶助義務者，解釋上仍須限於「對於身體法益產生重大危險」的遺棄行為，始足當之<sup>77</sup>。

## 二、犯罪性質

遺棄罪究竟為具體的危險犯或抽象的危險犯，在日本學界則有爭論。一般認為，區別具體危險犯或抽象危險的標準在於條文上是否規定了危險之發生。採「抽象危險犯說」者，認為條文上並不要求「危險之發生」為要件，故本罪應為抽象危險犯；又雖從條文形式上，可知其為抽象的危險犯，但應注意「值得處罰的危險」程度；採「具體危險犯說」者，則限定遺棄行為必須有導致生命法益之危險，才能成罪。此爭議迄今似乎尚未有定論<sup>78</sup>。

### 第二款 客觀不法構成要件

#### 一、行為主體

日本刑法第217條規範的行為主體並沒有特別的限制，一般人即可該當；第218條的行為主體，則只有對於負有保護責任之人方能成立。這些「保護義務」和不純正不作為犯的遺棄罪的「作為義務」會發生競合。作為義務的根據，有基於法令、契約、事務管理、習慣及法理等根據。分述如下：

1. 基於法令的保護義務：例如民法所列親屬之間負扶養義務。
2. 基於契約的保護義務：例如受雇照料重症者之特別護士。
3. 基於事務管理產生保護的義務：如甲溺水，乙救之（無因管理），但發現係仇人，又棄之。
4. 基於習慣和法理產生保護的義務<sup>79</sup>：

<sup>77</sup> 前田雅英著、董璠興譯，「日本刑法各論」，頁66，五南圖書出版有限公司出版，2000年5月初版1刷。

<sup>78</sup> 前田雅英，前揭書，頁66-67。

<sup>79</sup> 邱忠義（2009），《刑法通則新論》，頁49-53，台北：元照。

(1). 危險源監督：

例如豢養猛獸，行為人有監督義務。

(2). 危險共同體：

例如登山隊員間，彼此間倘具有遇危險即互相扶持之意願（明示或默示），即具有特別信賴關係，故彼此間有作為義務。

(3). 安全照顧義務：

例如採集中管理之外籍勞工某甲病重，雇主某乙視而不救，仍令其工作，勞工果真病重死亡，則雇主基於僱傭關係有作為義務。

## 二、行為客體

單純遺棄罪的行為客體是因老幼、殘廢或因疾病而需要扶助之人。有保護責任者的遺棄罪只規定為老人、幼兒、殘廢或者病人。本罪為「對生命、身體法益產生危險」之犯罪，故上述之人必須侷限於「如果得不到幫助就會對其生命、身體產生危險者」，方為本罪的行為客體。

## 三、行為

日本刑法遺棄罪的行為，有第217條「遺棄」、第218條的「遺棄」與「不保護」，「遺棄」與「不保護」兩者常以行為人與被害人是否有場所的移動距離來區分。前者係基於場所的移動，使需要扶助者發生危險之行為。例如，將嬰兒放在大街上而離開；而後者係沒有場所的移動，卻不給予生存所必要之保護，應為「真正不作為犯」。例如，不照顧同居的重病老人。

第217條、第218條的「遺棄」又分為「移置」與「棄置」兩種形態。所謂「移置」，係指從安全場所向危險場所轉移，也包括從危險場所向更危險的場所轉移。這是以作為的形態而定。所謂「棄置」，即指棄置於危險場所。這是以不作為的形態而定。單純遺棄罪的遺棄只是「移置」；反之，保護責任者遺棄罪，除「移置」之

外還有「棄置」<sup>80</sup>。

### 第三款 主觀不法構成要件—故意

日本遺棄罪之成立，行為人主觀上須有構成要件故意，才會成立。即行為人主觀上，對於遺棄罪之構成要件事實有認識，並有意使其發生，即有遺棄罪之構成要件故意。

### 第四款 加重結果

第219條是遺棄罪的結果加重犯，以遺棄行為與死傷結果之間有因果關係為要件。例如，被遺棄的老人由於悲觀而自殺，則遺棄行為與死傷結果之間有因果關係。

## 第三項 我國與日本的比較

### 1. 保護法益

學者有認為僅保護生命法益者，有認為除生命法益外，尚包含身體法益者，兩國之學說皆有爭議。然而從體系編排及加重結果犯的規定來看，本文認為其保護之法益為生命及身體之安全，較為適當。

### 2. 犯罪性質

對遺棄罪之性質為危險犯我國與日本並無爭議，但如前述規範分析中的討論，就具體的危險犯或抽象的危險犯仍有不同見解。

### 3. 行為主體

日本刑法第217條與我國刑法第293條之規定類似，一般人即可該當；而日本刑法第218條第1項與我國刑法第294條的行為主體亦只有對於負有保護義務之人方能成立，保護義務來源包括「法令」、「契約」、「事務管理」、「習慣」及「法理」等五種。本文認為日本第218條的作為義務來源與我國第294條的保護義務來

<sup>80</sup> 楊勝夫（2007），《我國刑法遺棄罪之研究》，頁40-41，國防管理學院法律研究所碩士論文。

源在解釋上並無顯著的差別。

#### 4. 行為客體

我國遺棄罪之行為客體為無自救力之人，而日本遺棄罪之行為客體則在條文上列舉為老幼、殘廢或因疾病而需要扶助之人，但解釋上應該都是「如果得不到幫助，就會對其生命、身體產生危險者」。但是日本遺棄罪中以「疾病」態樣描述，採列舉主義，但就醫學角度，應以生命或身體的緊急程度為依據，不需民眾參與判斷疾病態樣，較合於實際需求，也可免掛一漏萬。

#### 5. 行為態樣

我國遺棄罪分為「第293條的遺棄行為」與「第294條的不為扶助、養育或保護之行為」。

「遺棄行為」，即指單純遺棄罪與普通有義務者遺棄罪的行為，通說認為僅能以作為之方式為之，不可以不作為之方式為之<sup>81</sup>，與日本刑法第217條與第218條的「遺棄」中的「移置」行為相當。

「不為扶助、養育或保護之行為」指不為保護罪之行為，此種行為屬於不作為，性質上為純正不作為犯<sup>82</sup>。此與日本刑法第218條的「不保護」行為相當。差異之處為我國普通有義務者遺棄罪之遺棄行為，雖同樣有「移置」與「棄置」二層含義，但是無論「移置」或「棄置」均屬作為之行為，與日本遺棄行為中的「棄置：不進行其生存上所必要的保護」行為是不作為型態不同。

#### 第四項小結

對於日本刑法遺棄罪保護之法益，學者以為除了是對個人法益的犯罪，亦即保護的法益是被遺棄者的生命、身體的安全。同時也是對社會法益的犯罪，亦即「遺棄罪」為「應予扶助卻不扶助的反道義行為」，屬於疏忽保護義務之罪，這是因為實施遺棄行為不僅威脅被遺棄者的生命、身體的安全，而且還破壞了社會風俗，此與

<sup>81</sup> 林山田（2006），前揭註6書，頁102。

<sup>82</sup> 甘添貴（2001），《體系刑法各論〔第1卷〕》，頁224，台北：瑞興圖書。

德國「不為救助罪」保護之法益相當<sup>83</sup>。

本文以為，我國與日本類似，對於大多數沒有作為義務的一般民眾，即使不用擔負任何危險或困難，雖然自私而冷血的離開，完全不受任何現行法律的約束。本文認為，但是既然遺棄罪的性質越來越多的學者認為有兼具「個人法益」與「社會法益」的犯罪，讓大多數不特定之無義務民眾也參與緊急醫療的救護責任，才能真正體現對於生命權的尊重與維護。

### 第三節 德國

我國刑法有關遺棄之部分與德國刑法大多類似，當然亦有不同之處。德國於遺棄罪外另於第323 條c訂立「不為救助罪」，並不列於「遺棄罪」之一部分，但卻列在「危害公共安全罪章」兩種侵害社會法益的危險犯類型犯罪（「酗酒（致原因自由行為）罪」及「妨礙戒除癮癖治療罪」）之後，自然有其立法者的考量。

德國刑法分為總則及分則。其中，分則分為29 章，依所保護法益區分別為國家法益8 章、社會法益8 章，及個人法益13 章。

在危害社會法益部分，涉及「危害公共安全罪章」（第27 章），自第306 條重大縱火罪，至第323 條c 不為救助罪，共35 條。其中，在第323 條a「酗酒（致原因自由行為）罪」及第323 條b「妨礙戒除癮癖治療罪」之後，更修正加入第323 條c 之「不為救助罪」。

在危害個人法益之「侵害他人生命之犯罪章」（第16 章）中，自第211 條謀殺罪，至第222 條過失致人於死罪，計有16 條。其中第221 條為「遺棄罪」。

本文認為德國刑法與我國刑法遺棄罪之規定有相關者，應屬第323 條c「不為救助罪」及第221 條「遺棄罪」，故整理與我國

<sup>83</sup> 張明楷（2005），《外國刑法綱要》，頁494，新竹：清華大學出版社。

之遺棄罪作比較。

## 第一項 現行條文

### 一、不為救助罪

德國刑法第323 條<sup>84</sup>：

「意外事故、公共危險或困境發生時需要急救，根據行為人當時之情況有急救之可能，尤其對自己無重大危險且又不違背其他重要義務而不進行急救者，處1 年以下自由刑或罰金。」

### 二、遺棄罪

德國刑法第221 條：

第1 項：「置人於無助之境；或儘管對人有保護義務或其他協助義務，卻棄人於無助之際，因而產生人死亡或嚴重健康損害之危險者，處3 月以上5 年以下自由刑。」

第2 項：「對自己幼童，或托付自己進行教育或生活照顧之人，犯前項之罪者；或因此罪引起被害人嚴重健康損害者，處1 年以上10 年以下自由刑。」

第3 項：「犯此罪，因而引起被害人死亡者，處3 年以上自由刑。」

第4 項：「第2 項之較輕微情形，處6 月以上5 年以下自由刑。」

第3項之較輕微情形，處1 年以上10 年以下自由刑。」

其中，第1 項為基本遺棄罪之規定，第2 項至第4 項為本罪的加

---

<sup>84</sup> § 323c Unterlassene Hilfeleistung: Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

[http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_323c.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_323c.html) (最後瀏覽日：03/22/2011)。

重規定<sup>85</sup>。

## 第二項 規範分析

### 第一款 保護法益與犯罪性質

#### 一、保護法益

德國刑法第323 條c 的「不為救助罪」，立法者將其列於「危害公共安全罪章」，足以顯示其認為「不為扶助」之行為將致生公共危險，其所欲保護的法益，應屬於「社會法益」。

德國刑法第221 條的「遺棄罪」，立法者將其列於第16 章「侵害他人生命之犯罪」中，故其應係保護「生命法益」。另外德國遺棄罪於1998 年修法時，即已明定保護法益以「導致生命或重大身體危險」為必要，採「生命與身體法益說」，清楚的表達遺棄

---

<sup>85</sup> § 221Aussetzung:

(1) Wer einen Menschen

1. in eine hilflose Lage versetzt oder

2. in einer hilflosen Lage im Stich läßt, obwohl er ihn in seiner Obhut hat oder ihm sonst

beizustehen verpflichtet ist, und ihn dadurch der Gefahr des Todes oder einer schweren

Gesundheitsschädigung aussetzt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren

bestraft.

(2)

Auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. die Tat gegen sein Kind oder eine Person begeht, die ihm zur Erziehung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist, oder

2. durch die Tat eine schwere Gesundheitsschädigung des Opfers verursacht.

(3) Verursacht der Täter durch die Tat den Tod des Opfers, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 2 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn

Jahren zu erkennen. [http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_221.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_221.html) (最後瀏覽日：

03/22/2011)。

罪是具體危險犯，並且，在嚴重健康損害之危險的限制下，明確表達保護法益的範圍包括身體<sup>86</sup>。另外由遺棄致重傷之加重結果犯觀之，加重結果係來自於基本遺棄行為的典型危險，故遺棄或不為救助行為，解釋為兼指「有導致死亡或重傷危險」之行為為宜。

## 二、犯罪性質

德國「不為救助罪」並非實害犯，因為「不為救助罪」不以「結果非價」，而係以「行為非價」為其不法內容。條文中並未指明行為主體不為救助，需造成行為客體之生命或身體損害，才能成罪。所以「不為救助罪」應為「危險犯」。另外，「不為救助罪」之法定刑處以1年以下自由刑或罰金，可見德國立法者將其列於「危害公共安全罪章」，偏向以較輕的刑罰，來警惕社會民眾必須負擔「急難救助」義務，立法精神偏向危險犯，其性質應為「抽象危險犯」。

德國「遺棄罪」則屬於具體危險犯，因其構成要件已明定須有「產生人死亡或嚴重健康損害之危險」，即遺棄行為必須使被遺棄人陷於無助之狀態，解釋上較無爭議。

### 第二款 客觀不法構成要件

#### 一、行為主體

德國「不為救助罪」條文中並未指明須具備特殊身份，亦未將行為主體歸之於特定義務範圍內。因此其行為主體應指一般人，故本罪並非身份犯。而行為主體之義務是否成立，只須符合以下要件，即已成立：

1. 即在急難現場，他人因急難而有救助之必要；
2. 具「急難救助」之可能性；

<sup>86</sup> 許澤天（2004），〈論遺棄罪—可予以簡化的刑法罪章〉，《「戰鬥的法律人」林山田教授退休論文集》，頁192，台北：元照。

### 3. 施救者於急難現場並無立即而顯著之危險<sup>87</sup>。

德國「遺棄罪」條文中第1項前段的行為主體乃是任何人皆可實施的一般犯，且屬作為犯，並可適用不純正不作為犯規定；第1項後段的行為主體則限於對被害人具有保護義務或協助義務地位的特別犯，故其行為主體應是負有保護義務或協助義務之人。依德國學者見解，本條第1項後段之有義務者遺棄罪之保護義務形成事由甚廣，法定的監護、安置、遷徙或收容等關係為例示規定，其它如車禍肇事所形成的危險前行為亦屬本罪保護義務之構成事由。第2項則係以行為主體具有「父母身分要素」之加重處罰規定<sup>88</sup>。

#### 二、行為客體

德國「不為救助罪」之行為客體，為居於意外事故、公共危難，或困境發生三者任何其一而待援之受難者。

德國「遺棄罪」之行為客體，為「年幼、殘廢、或疾病而無自救力之人，或受自己保護之人，及應照顧其住宿、移動或收容之人」。對於因疾病而需要扶助者，例如因食用麻醉藥品而昏迷者是否屬於因疾病而需要扶助的人？德國實務上持肯定的看法。因此，從實質上解釋，遺棄罪的對象必須是無自救力、需要扶助人，即沒有獨立生活、生存的能力，借助於他人的力量才能維持正常生活的人<sup>89</sup>。

#### 三、行為

德國「不為救助罪」之行為態樣屬於消極背離不顧之不作為。因行為主體對於陷於急難之行為客體不為救助，在行為模式上類

<sup>87</sup> 王宗倫（2005），前揭註57文，頁24。

<sup>88</sup> 顏瑞成（2006），《肇事逃逸罪之研究》，頁202-203，國立台北大學法學系碩士班碩士論文。

<sup>89</sup> 張明楷（2005），《外國刑法綱要》，頁494，新竹：清華大學出版社。

似於「行為人對於無自救力人之遺棄行為，將使被遺棄之無自救力人之生命陷於危險狀態，並且往往還會造成無自救力人之死亡結果」的「遺棄罪」。但如前述，在立法精神上德國立法者認為「不為救助罪」屬於社會法益犯罪，而「遺棄罪」屬於個人法益犯罪（侵害個人生命或身體法益）。

德國「遺棄罪」第221條第1項是基本之規定，其基本不法行為有兩種，分述如下：

第一，即第1項前段所稱的「置人於無助之境」，此指行為人導致被害人陷於無助之境，亦即積極地在空間上，將被害人自一個相對上較為安全之地，帶離至一個欠缺救助或明顯地較欠缺受救助可能性之地。

第二，即第1項後段所稱的「棄人無助之際」，此指行為人對已身處無助的被害人之捨棄，因行為人是限於對被害人有保護義務或協助義務地位的特別犯，性質上應屬純正不作為犯，故解釋上應包括所有不為保護的行為態樣（如離去、滯留在外與袖手旁觀）。

此外，從德國刑法第221條第1項的法定刑觀之，有義務者與無義務者之遺棄行為刑度相同，可知德國立法者係以行為是否造成保護法益安全情況惡化為規範核心。有義務者基於社會功能關係，一般對於被害人本有維護其生命，即讓身體法益處於安全狀態之義務（如父母對於未成年子女），如果放任不改善行為客體所處危險狀態之不作為，評價上即屬惡化法益安全狀態之行為<sup>90</sup>。

### 第三款、主觀不法構成要件—故意

德國「不為救助罪」之成立，行為人主觀上須有構成要件故意，始足當之。亦即行為人主觀上，對於不為救助罪之構成要件事實有認識，並意欲使其發生，即有不為救助罪之構成要件故意。

<sup>90</sup> 顏瑞成，前揭註88文，頁22。

德國「遺棄罪」之成立，亦同。行為人主觀上須有構成要件故意，始足當之。亦即行為人主觀上，對於遺棄罪之構成要件事實有認識，並意欲使其發生，即有遺棄罪之構成要件故意。

### 第三項 我國與德國的比較

因我國刑法並無類似德國之「不為救助罪」，故以兩國之「遺棄罪」作為比較之參考。

#### 一、保護法益

德國遺棄罪與我國遺棄罪皆是保護個人法益，惟德國遺棄罪已明定係保護生命或重大身體法益，我國遺棄罪保護之法益，到底是僅有生命法益或兼及身體法益，則有爭論。

#### 二、犯罪性質

因德國遺棄罪於條文中已明定須有「產生人死亡或嚴重健康損害之危險」，故屬於具體危險犯，而我國遺棄罪到底是抽象危險犯或具體危險犯，則有爭論。

#### 三、行為主體

德國刑法第221條第1項前段與我國刑法第293條第1項相同，一般人即可該當；德國刑法第221條第1項後段則與我國刑法第294條第1項相同，屬於有義務者方得成立之遺棄罪。另外，德國刑法則獨立於第221條第2項規定行為主體具有「父母身分要素」者應加重處罰，而我國刑法第295條之規定卻以直系血親卑親屬為行為主體。

#### 四、行為客體

德國遺棄罪之對象為「年幼、殘廢、或疾病而無自救力之人，或受自己保護之人，及應照顧其住宿、移動或收容之人」，從實質上解釋，其應與我國遺棄罪之「無自救力之人」相同。

## 五、行為態樣

我國刑法第293條第1項「單純遺棄罪」與第294條第1項前段「普通有義務者遺棄罪」的不法行為，均屬作為的「遺棄」行為，在第294條第1項「有義務者遺棄罪」後段中的「不為扶養、保護罪」，其「不為扶助、養育或保護」的行為則屬不作為規定。

德國刑法第221條第1項「基本遺棄罪」前段之置人於無助的行為，在解釋上與我國法「遺棄」行為相當。德國刑法第221條第1項後段之「有義務者遺棄罪」棄而不顧的行為，在解釋上與我國法有義務者遺棄罪「不為保護」行為相當。較有不同者，德國的「有義務者遺棄罪」，只規定消極的不為保護行為，而未再對積極的遺棄行為加以規定<sup>91</sup>。

## 六、法定刑

我國刑法第293條第1項「普通遺棄罪」與第294條第1項「有義務者遺棄罪」的刑度區分有無義務而定輕重不等之刑度，且差異不小。「普通遺棄罪」之處罰相當輕，法定刑為6月以下有期徒刑、拘役或100元以下罰金；「有義務者之遺棄罪」則加重處罰，而與德國的「基本遺棄罪」相當，其法定刑為6年以上5年以下有期徒刑；「遺棄直系血親尊親屬罪」再加重其刑至二分之一。

德國刑法原則上則等同視之，其因行為人身分加重處罰的只有針對自己幼童，或托付自己進行教育或生活照顧之人。因德國刑法不以身分之有無為行為非難之評價重心，係以行為是否造成保護法益安全情況惡化為規範核心，即德國法以法益保護必要性作為遺棄罪的非難重心。

### 第四項 小結

一、德國立法者將「不為救助罪」列於「危害公共安全罪章」，顯

<sup>91</sup> 許澤天，前揭註86文，頁193。

示其認為「不為救助罪」恐生公共危險，其所欲保護的法益，屬於「社會法益」；其犯罪性質屬於「抽象危險犯」。

二、在我國論斷「民眾不為救助」的可責難性，無論是從華人的歷史淵源、社會道德、人性倫理的要求而言，應無爭議。難道有人可否定「意外事故、公共危險或困境發生時需要急救，根據行為人當時之情況有急救之可能，尤其對自己無重大危險且又不違背其他重要義務而不進行急救者<sup>92</sup>」應屬於社會所不能容忍的行為。如不加以規範與約束，將使個人生命與社會良知在不斷發生的見死不救案例中反覆斲傷，斷非參與法學殿堂的你我所能袖手旁觀。

三、但要論斷「民眾不為救助」的可責難性，依德國之立法經驗與我國的差異，即在「急難現場，無義務民眾之消極遺棄」是否要仿效德國創設「民眾不為救助罪」予以處罰與導正；抑或繼續漠視日益嚴重的見死不救問題，僅以通說所云：無義務者遺棄罪，僅限於「積極之移置行為」而排除「消極離去而不顧」；或者是依本文拙見，在緊急醫療救護法中立法要求：即使是本來是無義務之民眾，仍有參與緊急醫療的救護責任，違者將受行政處罰。

四、「無義務民眾不為急難救助」，僅是在我國刑法第293與294條遺棄罪的「遺棄行為」需論斷的不法構成要件的行為態樣之一，是否要直接檢討我國刑法第293條無義務者之遺棄罪，背棄通說所云之僅限於「積極之移置行為」，而將「消極離去而不顧」亦構成該法之客觀不法構成要件<sup>93</sup>。本文以為：法律的制定與運行有其邏輯性與安定性，上述討論難免治絲愈棼，實難有成效。

五、但若要仿效德國創設「民眾不為救助罪」，基於刑法謙抑原則與大多數的民眾法感，本文並不贊成。因為無義務民眾單純不理會無自救力人之不作為，並不會惡化法益之現狀。例如，看見一個泥醉者睡臥雪地中，不理會而逕自離去者，不會改變法益原有之危險狀態程度。此與積極惡化法益現狀之侵害作為比較之，較不具刑事

<sup>92</sup>德國刑法第323 條c之條文內容。

<sup>93</sup>王宗倫，前揭註57文，中文摘要。

可罰性<sup>94</sup>；

六、本文主張，「無義務民眾不為急難救助」，本質上為抽象危險犯與不作為犯，所侵害者並非少數人之生命與身體個人法益，實為大多數不特定人之共同利益。在緊急醫療救護法中立法要求即使是無義務之民眾仍有參與緊急醫療的救護義務，違者將受行政罰，應是可兼顧情、理、法的適作法。

## 第四節 中國

### 第一項 唐律

中國從古代法即可找到要求民眾必須配合國家司法要求之義務的實例，最早可追溯自約一千四百年前的唐律<sup>95</sup>。

如「唐律」第 340 條規定：「諸知謀反及大逆者，密告隨近官司，不告者，絞。知謀大逆、謀叛不告者，流二千里。知指斥乘輿及妖言不告者，各減本罪五等。官司承告，不即掩捕，經半日者，各與不告罪同；若事須經略，而違時限者，不坐。」乃要求臣民承擔檢舉其知情的重大犯罪的義務；

「唐律」第 454 條規定：「睹追捕罪人而力不能制，告道路行人，其行人力能助之而不助者，杖八十；勢不能得助者，勿論。勢不得助者，謂隔險難及馳驛之類。」則是課加臣民協助抓捕罪犯的義務。

「唐律」第 433 條規定：「諸見火起，應告不告，應救不救，減失火罪二等。謂從本失罪減。其守衛宮殿、倉庫及掌囚者，皆不得離所守救火，違者杖一百。」為課加臣民制止危害公共安全的災難擴大的義務。

<sup>94</sup> 楊勝夫，前揭註80文，頁32。

<sup>95</sup> 錦繡中華之一頁網站，唐律疏議，<http://www.chinapage.com/big5/history/tl3.htm>

「唐律」第 456 條規定：「睹鄰里被強盜及殺人，告而不救者，杖一百；聞而不救助者，加一等。力勢不能赴救者，速告附近官司，若不告者，亦以不救助論」是課加民眾與鄰里互救生命財產的義務。

上述這四條規定，顯示在唐朝時，中國即已有將「見義勇為」的道德法律化的具體立法作為。最大的特色是課加民眾積極的義務；其次在於以刑事責任來處罰違反此等義務的行為。在聖經中「利未記」中記載的祭司和利未人，在台灣頂多只會受到道德譴責，但如果他們生活在中國唐朝，將會按「唐律」第 456 條規定受到杖刑的懲罰。此條也詳細的規定了：「被請求」和「耳聞其事」兩種情形不同的救助責任，並區分了依行為人之能力而定的「親自救助」和「呼救」兩種救助手段，即是明白宣示不會強人所難的要求行為人不顧自身安危的施行見義勇為行為。總結來說，「唐律」的相關條款雖然是道德與法律的結合，但兩者的結合並非完全沒有上限，依本文的淺見，雖然以刑事責任來處罰「見義不為」者有是否違反刑法的「最後手段性」爭議，但是以立法手段科以民眾負有緊急醫療救護的義務，鑑古知來，應可作為今日國內立法的參考。

## 第二項 中華人民共和國

1980 年，社會主義中國制定了新的刑法典，但並未規定見死不救罪，1986 年的中國的「民法通則」第 109 條規定：「因防止、制止國家的、集體的財產或者他人的財產、人身迫受侵害而使自己受到損害的，由侵害人承擔賠償責任，受益人也可以給予適當的補償。」

隨後在 1991 年到 2004 年的期間，中國有 35 個省市各自制定類似「見義勇為表彰條例」的地方立法，青島於 1991 年頒布了「青島市表彰見義勇為公民的規定」，1997 年重新頒布為「青島市表彰與保護見義勇為公民條例」；遼寧在 1991 年頒布了「遼寧省獎勵和保護維護社會治安見義勇為人員實施辦法」，1994 年制定省

政府規章「遼寧省獎勵維護社會治安見義勇為人員暫行辦法」；甘肅在1992年頒布了「表彰獎勵維護社會治安見義勇為積極份子的規定」，並由2001年的「甘肅獎勵和保護維護社會治安見義勇為人員條例」的省級地方立法取代；貴州於1994年頒布「維護社會治安見義勇為公民表彰獎勵規定」；河南在1994年頒布了「維護社會治安見義勇為人全保護辦法」，於1998年被省政府頒布的「維護社會治安見義勇為人員保護獎勵辦法」取代；江蘇也在1994年頒布了「獎勵和保護見義勇為人員條例」（2002年修改）；重慶於1995年頒布了市政府規章「公民見義勇為負傷、致殘及死亡後醫療撫恤費用處理意見」，該「意見」被2000年頒布的省級地方立法「鼓勵公民見義勇為條例」取代；淮南、江西在1995年分別制定了「保護和獎勵見義勇為人員條例」和「維護社會治安見義勇為獎勵保障辦法」；太原於1996年頒布了「獎勵和保護見義勇為人員條例」；深圳、寧夏在1997年分別頒布了「獎勵和保護見義勇為人員條例」和「獎勵和保護維護社會治安見義勇為人員條例」；唐山、福建、山西、廣州、廣東在1998年分別頒布了「獎勵和保護公民見義勇為條例」、「（獎勵和保護見義勇為人員條例）」、「保護和獎勵見義勇為人員規定」、「獎勵和保護見義勇為人員條例」、「見義勇為人員獎勵和保障規定」；雲南在1999年頒布了「獎勵和保護見義勇為公民條例」；浙江、北京、四川、湖北在2000年分別頒布了「見義勇為人員獎勵和保障規定」、「見義勇為人員獎勵和保護條例」、「保護和獎勵見義勇為條例」、「見義勇為人員獎勵保護規定」；山東、天津在2001年分別頒布了「見義勇為保護條例」、「見義勇為人員獎勵和保護條例」；內蒙古、上海、珠海、洛陽、海南在2002年分別頒布了「見義勇為人員獎勵和保護條例」、「見義勇為人員獎勵和保護辦法」、「見義勇為人員獎勵和保障條例」、「保護和獎勵維護社會治安見義勇為人員條例」、「見義勇為人員獎助和保障規定」；銀川、南昌、陝西在2003年分別頒布了「獎勵和保護見義勇為人員條例」、「見義勇為人員獎勵和保護條例」、「獎勵和保護見義勇

為人員條例」；南寧、吉林、河北在 2004 年分別頒布了「獎勵和保護見義勇為人員條例」、「見義勇為人員獎勵和保護條例」、「獎勵和保護見義勇為人員條例」<sup>96</sup>。

中國首都之「北京市見義勇為人員獎勵和保護條例」，在 2000 年 4 月 21 日北京市第十一屆人民代表大會常務委員會第十八次會議通過<sup>97</sup>。

就中國各地方的見義勇為立法來說，其立法標題有三個關鍵詞，包括見義勇為的「獎勵」、「保障」或「保護」。

「獎勵」，有精神獎勵，如榮譽稱號；有物質獎勵，如獎金。

「保障」，與「保護」同義，內容如下：

1. 保障見義勇為人員在受傷後得到及時有效的救治，懲罰因費用未到位推諉治療的醫院(如北京市第11, 12, 13條)；
2. 保障他們及其家居不受犯罪分子打擊報復，可以滿足他們匿名的要求和提供安全保護的要求(如北京市第20條)；
3. 保障他們在接受醫治期同算出勤(如北京市第14條)；
4. 保障他們在傷殘後享受因公負傷待遇(如北京市第15條)；
5. 保障他們在犧牲的情形得到烈士待遇和有關的榮典(如北京市第16條)；
6. 保障他們在倖存的情況下在長工資、晉級、農轉非、子女就業、就學、人托等方面得到優惠，就是保障義士們流血不流淚，不至於因見義勇為陷入貧困(如北京市第17, 18, 19條)。這種保障都需要資

---

<sup>96</sup>徐國棟(2006)，《見義勇為立法比較研究》，頁 10，河北法學。

<sup>97</sup>首都見義勇為基金會網站，<http://www.cffjc.com.cn/jjh/zcfgdisplay.asp?iid=54>，2011 年 4 月

7 日造訪，見附錄三。

金，因此在1993年成立了中華見義勇為基金會，各省市也建立了同樣的機構募集資金<sup>98</sup>。

中國各地對於見義勇為的立法，有幾項一致的態度，

1. 並沒有把見義勇為當作公民的義務，見義勇為只能出於自願行為，不願意者不勉強，但願意當的可以得到各種榮譽以及物資保障。
2. 都規定的「積極的善良撒馬利亞人」，不涉及「消極的善良撒馬利亞人」（對於只救助犯罪或自然災害受害人者，我們可稱之為「消極的善良撒馬利亞人」；對於與罪犯或自然災害搏鬥阻止犯罪或自然災害蔓延者，我們可稱之為「積極的善良撒馬利亞人」<sup>99</sup>。），此立法範圍恰與美國各州的狀況相反。
3. 都未規定善良撒馬利亞人因過失造成受害人狀況進一步惡化時能否享受豁免權的問題，此亦與美國各州的立法現況明顯歧異。

### 第三項 小結

現行中國各地方的見義勇為立法，並未把民眾參與緊急醫療救護（見義勇為的態樣之一）當作公民的義務，認為只能出於自願行為，不願意者不勉強，但願意當的可以得到各種榮譽以及物資保障。也未規定若見義勇為者因過失造成受害人狀況進一步惡化時能否享受豁免權的問題。

中國的見義勇為立法關注的是：可能要流血犧牲所謂的「積極的善良撒馬利亞人」應得到獎勵與保障，但是對於原無義務之民眾是否皆應為「消極的善良撒馬利亞人」則未加著墨。此立法現況，依本文之觀點是只有解決小部分問題，畢竟風險較高的「積極的善良撒馬利亞人」事件遠較為少數，期待民眾義無反顧地與罪犯或自

---

<sup>98</sup>徐國棟，前揭註96文，頁10。

<sup>99</sup>徐國棟，前揭註96文，頁3。

然災害搏鬥阻止犯罪，除了難以期待外，似乎有見樹不見林之慨。



## 第五章 我國民眾於執行緊急醫療救護 相關裁判之案例分析

本章將從我國關於執行緊急醫療救護相關裁判提出分析，歸納出我國目前實務上對於此等緊急醫療救護規範之見解，以作為立法改善緊急醫療救護法之建議。

案例一是本無義務的救難義工參與災害搶救，卻因未確認民眾是否穿上救生衣，致民眾在救生艇翻覆後溺斃，三義務救難義工因業務過失致死，遭求刑四月。案例二是為吸毒過量猝死朋友施行心肺復甦術，反而因為導致胸部損傷而遭法官認定「過失致人於死」判刑。案例三是為女友猝死施行心肺復甦術，反而因為導致心臟破裂，遭法官認定「過失致人於死」判刑。纏訟五年，至最高法院發回更審後才平反。

以上三案例之行為人，一為經訓練之義工、一為朋友、另一為同居人。本文提出此三件有關災害搶救與心肺復甦術的相關案例討論，無非希望拋磚引玉，徹底改善一般民眾礙於法律上的顧忌而怯於參與施救，也期許在法令配套後，台灣不致再發生無義務的施救者，反因輕過失被苛責應負擔刑事處罰與民事賠償責任。

### 第一節 救生艇翻覆致民眾溺斃，救難義工被 究責業務過失致死（西元 2011 年 4 月 20 日臺 灣臺南地方法院刑事判決 98 年度自字第 14 號 裁判）

救生艇翻船，夫婦溺斃，三義務救難義工因業務過失致死，遭求刑四月，緩刑二年。

## 第一項 案例事實

一、鮑○○、黃○○、林○○均為原臺南縣救難協會成員，常於各種災難中繼續反覆執行搜救支援，而屬從事救難業務之人。緣民國97年7月17日，卡玫基颱風侵襲臺灣並在南部地區降下豪雨，致臺南市左鎮區光和里附近之菜寮溪暴漲。鮑○○、黃○○、林○○三人因接獲救難協會之簡訊通知，乃輾轉前往該地協助撤離低窪地區居民。當日晚間八時許，林○○第四度操駕救生艇，搭載黃○○、鮑○○進入已經積水之光和里社區，預備撤離居住該地之買○○、呂○○夫婦。抵達該2人居住之臺南市左鎮區○○號房屋時，積水已達該房屋1樓頂，待買○○、呂○○從2樓直接登上救生艇後，鮑○○、黃○○、林○○3人均明知救生艇上備有救生衣供民眾使用，且應注意要求買○○、呂○○穿好救生衣後再駕艇撤離，依當時水位，及買○○、呂○○夫婦上船位置水流情形，復非急迫到無暇注意該2人是否穿好救生衣即須立刻撤離之地步，乃疏未注意，於買○○、呂○○上船後即渡流而去。詎救生艇行經玉新公路（即省道台20線）平和橋附近時，為暴漲之湍急溪水沖出路堤，救生艇因而翻覆並致鮑○○、黃○○、林○○、買○○、呂○○5人均落水。林○○、黃○○2人因緊抓翻覆地點附近的香蕉樹，後經其他救難隊員救起；鮑○○漂流約2公里後，自行脫困上岸；至於買○○、呂○○2人，則因遭湍流衝擊，且無救生衣助浮而不幸溺斃，後於平和橋北方約1.5公里處菜寮溪河床尋獲。

二、案經買○○、呂○○之子買○○提起自訴，控告鮑○○、黃○○、林○○均犯業務過失致人於死罪。

三、一審判決：鮑○○、黃○○、林○○均犯業務過失致人於死罪，各處有期徒刑肆月，如易科罰金，均以新臺幣壹仟元折算壹日。均緩刑貳年。

## 第二項 判決要旨

(一)被告3人則均矢口否認對買○○、呂○○之死亡結果有過失責任。查：

1. 被告執行撤離居民勤務時，救生艇上是否備有救生衣。

證人即被告林○○、黃○○、鮑○○於本院審理時，均明確證稱救生艇上至少準備有3件供民眾使用之救生衣，是救難協會於當日執行撤離勤務之救生艇上備有救生衣，應屬事實。

2. 被告3人駕艇撤離買○○、呂○○時，該2人有無穿著救生衣。

(1) 對照被告3人作證時，有關買○○、呂○○2人撤離時有無穿著救生衣乙節，證人即被告林○○係稱：「(他們夫妻下來的時候，你們作什麼動作?)我沒有印象，因為我要顧著小艇。」、「我只有聽到有人叫他們要穿救生衣，但是是誰說的，我不知道。」證人即被告黃○○稱：「我有聽到我們另外一個同伴叫他們要穿救生衣」、「(…當時在注意前方，當時天色昏暗又下雨，所以就沒有注意他們(指買○○與呂○○)，要注意船怎麼走)」；另證人即被告鮑○○則稱：「他們(買○○、呂○○)下來的時候，我在固定船身順便告訴他們救生艇上有救生衣，然後我兩隻手就拉住鐵欄杆把船身固定讓他們好下來。」、「我有告知，但是我沒有看到(他們穿救生衣)，因為我在看前方。」等語，是綜合被告3人前開證述，買○○、呂○○登上救生艇時，除被告鮑○○有告知艇上備有救生衣外，被告3人均未確認買○○、呂○○是否已將救生衣穿好即已開船。

(2) 嗣買○○、呂○○落水溺斃，屍體被發現時，身上均未穿著救生衣，有現場照片附於前開相驗卷內可憑。被告雖以買○○、呂○○2人可能係翻落水中後，因水流衝激而致身上穿著之救生衣脫落云云，辯稱自訴人並未證明買○○、呂○○2人確實未穿著救生衣。然依檢察官對買○○、呂○○屍體進行相驗結果，其等胸、腹部、背腰臀與四肢部等，均為「無故」，有前揭檢驗報告書在相驗卷內可佐，則以買○○、呂○○2人身體外部並無擦挫傷或勒痕以觀，可推認其生前，身體、四肢並未遭受強力拉扯。其次，觀諸卷內買○○、呂○○屍體遭發現時所拍攝照片，買○○、呂○○2人所穿著上衣雖均有上翻，但並未脫去。若依被告所辯，買○○、呂○○確曾有穿著救生衣者，則渠等救生衣顯係在水流沖擊下被拉扯而去，惟買○○、呂○○之上衣既然仍屬完整，身體、四肢且無因拉扯所生之擦挫傷或勒痕，可見被告此項推論與情理不符，本院因認買○○、呂○○2人落水之際，身上並無穿著救生衣。

3. 被告3人對於買○○、呂○○2人未穿著救生衣，有無注意義務之違反。

(1)經本院向內政部消防署詢問消防救災人員進行水域救生任務時，所應攜帶裝備暨其行為準則，乃於99年5月3日以該署消署救字第0990008354號函復稱：「…1. 有關本署為使消防單位即時有效執行水域救生任務，前於89年12月30日以89消署救字第89F0737號函頒『各消防局（隊）及其所屬大（中、分）隊執行水域救生注意事項』供各縣市消防機關據以執行，其中第肆點第二項規定：『前項出勤應行攜帶裝備，可分為個人裝備及團體裝備…團體裝備：…救生圈、救生衣、魚雷浮標…。2. 因此，有關執行水域救生時，依前述所提『團體裝備』部分，包含救生衣、救生圈及魚雷浮標等可依現場狀況考量提供受災者使用；至有關是否要求救難人員必須使受災者使用、穿著乙節，鑑於災害現場狀況瞬息萬變，難以掌握，救難人員將受災者救起後，提供救生設備予受災者並進量勸導其使用、穿著，並儘速離開災害現場。3. 又水災救難現場水流湍急、危險急迫，其首要是將受災者帶離現場，加上救生艇並非一般大型船艇，在緊急救援現場亦具有一定程度之危險性，且救難人員一方面需注意水流變化，一方面亦需隨時掌握周遭危險環境配合操艇，以穩固船艇使其不致翻覆以保護乘艇人員安全。因此救難人員將救生裝備提供予災民使用，災民如拒絕使用、穿著時，救難人員僅能勸導其接受，並協助儘快載送至安全處，如因強制其使用、穿著救生裝備而生爭執時，恐將延誤脫離災害現場之重要時效；如以強制力為之，亦可能導致船艇失衡翻覆，而有違害乘艇人員安全之情事發生，準此，如災民拒絕使用、穿著救難人員提供之裝備者，應自付一切法律責任。』等語。質言之，上述函文要旨乃為：①救災人員執行勤務時，於團體裝備部分，應有救生圈、救生衣或魚雷浮標等助浮裝備，以供受災者使用；②救起受災者後，應提供前開裝備，並勸導受災者使用、穿著；③如災民拒絕者，救災人員應儘速離開災害現場前往安全處，無須強制受災者使用、穿著安全設備。

(2)次查消防、義消人員為執行救災、救護勤務，均須接受各種救災技能訓練，且定期或不定期進行演習演練，此為被告3人於本院審理時所自陳，故相對於一般民眾而言，消防、義消人員或救難隊員

就災害應對之知識與技能上，應具有較高專業；而受災民眾接受救助時，常處於驚慌緊張之心理狀態，更需依賴消防、救難人員之專業判斷及指導，俾能在危險急迫環境中求生。準此，消防、救難人員是否已盡注意義務之判準，本院認須以渠等執行勤務時，能否適當運用專業技能及裝備，提高受災民眾生存機會為基礎，並依循應對各種災害之標準作業流程(stander operating procedure, SOP)，參照具體個案情形而為審查。按內政部消防署前開函文所附之「各消防局(隊)及其所屬大(中、分)隊執行水域救生注意事項」中，針對實際救生勤務之作業流程，雖無明確、詳細規範，惟該注意事項第壹點開宗明義指出其目的係為「確保搶救人員及被救民眾生命安全」，其後各點且就救生器材、裝備詳予規範，可認救生器材、裝備之正確使用，乃為執行水域救生任務要點之一。參諸前述消防救難人員與受災民眾在求生知識、技能上之不對稱，以及受災民眾面對危險急迫環境，心理上亦處於驚慌緊張之高壓力狀態下，更應依賴消防救難人員協助；並對照上揭函覆內容，可認操駕救生艇執行水域救難任務者，於受災者登艇時，除十分急迫情況須即離開之情況外，必須告知受災者有何救生器材、裝備可以使用，並勸導或教導受災者正確使用該器材裝備。

(3)依據前述被告3人證詞，渠等之救生艇抵達臺南市左鎮區光和里○○號時，係由被告林○○於救生艇右後側負責操駕，被告黃○○、鮑○○在前方穩定艇身、照明，則在買○○、呂○○2人登上救生艇時，由於黃○○或鮑○○仍抓住該住宅欄杆，應有餘裕告知買○○、呂○○2人有救生衣可資使用，並勸導及教導該2人正確穿上救生衣。然除被告鮑○○簡單告以艇上有救生衣外，於勸導與教導使用、穿著救生衣之程序，顯然並未確實執行，其後果因救生艇翻覆而致生不幸，被告3人未盡注意義務而有過失，已足認定。

(4)至內政部消防署函文認消防、救難人員並無強制受災者使用、穿著救生器材之權力，乃為避免因強制力之施行，導致脫離時機之錯失、甚至對消防、救難人員或其他受災者更生危害，尚不能據以排除消防、救難人員之告知、勸導義務。被告以此抗辯渠等從未要求買○○、呂○○應穿著救生衣，亦無過失云云，乃不採取。

4. 被告3人前開過失，與買○○、呂○○之死亡結果間有無因果關係。

(1)按刑法上之過失，其過失行為與結果間，在客觀上有相當因果關係始得成立。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，認為在一般情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係。最高法院76年台上字第192號著有判例可資參照。

(2)本件買○○、呂○○搭乘被告3人操作之救生艇撤離，其住宅附近之菜寮溪已因大量降雨而水位暴漲，並漫流致低窪處積水達一層樓高度，加以湍急之水勢衝激，一旦有人落水，其對落水者生命安全將造成重大危險，乃不待言。於此客觀環境下，救生設備之正確使用，縱然不能完全排除危險，若未使用救生設備者，其生存機率將至為渺茫，乃可斷言。查被告3人駕艇抵達臺南市左鎮區光和里○○號撤離買○○、呂○○時，除口頭告知救生艇上有救生衣外，並未勸導或教示該2人正確穿著使用，嗣救生艇翻覆而致買○○、呂○○落水，渠等在無助浮救生設備幫助下，均遭洪流沖走而致溺斃，該2人溺水之結果與未穿著使用救生衣間，應認確有相當之因果關係存在。

(3)被告另辯稱縱使買○○、呂○○2人穿著救生衣，仍可能在洪水中翻滾而溺水，或因落水時間過長導致失溫等情，雖均非可排除。惟若該2人確依被告指示穿著救生衣者，表示被告已經盡其注意義務而無過失，其後縱發生落水而不幸溺斃結果，除有其他特殊情形應歸咎被告外，論理上已無探討是否存在相當因果關係之必要。被告以此抗辯相當因果關係不存在云云，尚有誤會。

(二)綜上諸點，被告3人撤離買○○、呂○○時，或因洪水增漲迅速而亟欲離開現場，或因預期航程不遠而有輕忽，然救生艇上既已準備有救生衣可資使用，卻未確實勸導、教示該2人穿著救生衣即行離去，此一疏失已有注意義務之違反，應認為有過失；嗣買

○○、呂○○2人落水後，因無救生衣助浮，乃於洪流中溺水窒息死亡，其救生設備之缺乏與生存機會之喪失間，亦可認有相當因果關係存在，被告3人對於買○○、呂○○2人之死亡結果應負過失責任，堪予認定。本件事證至此已經明確，被告3人均應予論罪科罰。

按刑法第276條第2項所謂之業務，係指以反覆同種類之行為為目的之社會活動而言。故一人不以一種業務為限，如一人同時兼有二種或二種以上之業務，而在某一種業務上有不慎致人於死之行為，即應負其業務過失致人於死罪責。查本件被告林○○、黃○○、鮑○○3人，均屬民間社團臺南縣救難協會隊員，渠等雖非編制內之消防人員，惟基於其救難隊員身分，而有反覆執行支援救難勤務之行為，是依前揭說明，被告3人均為執行救難業務之人。被告因執行救難業務有過失，致買○○、呂○○2人溺水死亡，所為均係犯刑法第276條第2項之業務過失致人於死罪。爰審酌被告3人執行水上救難勤務，未確實運用既有救生設備，勸導教示買○○、呂○○2人穿著使用之過失程度，因而導致買○○、呂○○生命之喪失，以及被告3人於本院審理中均坦承有於被訴時間、地點執行救難勤務，另均否認有何過失之態度等一切情狀，各量處如主文所示之刑，並諭知易科罰金之折算標準，以示懲戒。

再查被告3人前均未曾受有期徒刑以上刑之宣告，有臺灣高等法院被告前案紀錄表附卷可稽。被告3人參與救難協會，無償支援協助消防、救災任務之進行，於本件且自願於颱風夜離開溫暖安全家園，甘冒生命危險，前往惡水蔓延之災區執行勤務，其行為確值尊敬；被告3人雖因未確實執行救難時應注意事項及程序，致生買○○、呂○○2人溺水死亡之結果，並因而須負刑事上責任，然本院衡諸上情，實不忍深責，更不願因本判決而使民間救難人員產生「寒蟬效應」，致執行救難勤務時有所猶疑；且被告3人素行均稱良好，經此審判程序，信已知所警惕，而無再犯之虞，本院因認所宣告之刑以暫不執行為適當，乃均併予諭知緩刑2年，以勵自新。

### 第三項 判決分析

本文認為，本案判決之關鍵有三：

- 一、 被告臺南縣救難協會成員3人對於買○○、呂○○2人未穿著救生衣，有無注意義務之違反？

根據內政部消防署所制定之消防救災人員進行水域救生任務時，所應攜帶裝備暨其行為準則包括：

- ①救災人員執行勤務時，於團體裝備部分，應有救生圈、救生衣或魚雷浮標等助浮裝備，以供受災者使用；
- ②救起受災者後，應提供前開裝備，並勸導受災者使用、穿著；
- ③如災民拒絕者，救災人員應儘速離開災害現場前往安全處，無須強制受災者使用、穿著安全設備。

但判決書中卻認為：被告3人之救生艇抵達臺南市左鎮區光和里○○號時，係由被告林○○於救生艇右後側負責操駕，被告黃○○、鮑○○在前方穩定艇身、照明，則在買○○、呂○○2人登上救生艇時，由於黃○○或鮑○○仍抓住該住宅欄杆，應有餘裕告知買○○、呂○○2人有救生衣可資使用，並勸導及教導該2人正確穿上救生衣。然除被告鮑○○簡單告以艇上有救生衣外，於勸導與教導使用、穿著救生衣之程序，顯然並未確實執行，其後果因救生艇翻覆而致生不幸，故認為被告3人未盡注意義務而有過失。

本文以為：被告三人義務參與救難協會，無償支援協助消防、救災任務之進行，於本案自願於颱風夜離開溫暖安全家園，甘冒生命危險，前往惡水蔓延之災區執行勤務，其行為確值尊敬（法官裁判書用語）。平日亦接受消防局有關救難任務之專業訓練，實為救難事務之專業人士，非有相當程度之膽識及經驗，不能擔任此風險

極高之救難任務。試問在台灣有多少人有能力也有意願，在水淹一層樓高，仍持續狂風暴雨的情境下義務救災<sup>100</sup>。

被告三人為訓練有素之救難協會義務成員，在買○○、呂○○2人登上救生艇時，究竟應立刻駛離現場以免遭惡水吞噬，或好整以暇的告知、勸導、示範或協助二人穿上救生衣再行開船，應委由三位勇士依其專業，即當時的狀況為裁量，不能以消防局所揭示的一般性準則來論述其臨床處置的當否，亦不能以事後已無急迫的狀況，來論斷當時救難人員臨危受命的處理狀況，蓋災難現場不能重現，救難人員面對大自然與災難的不確定性的情況下，除有明顯的重大錯誤或顯然為不相關的考量外，應尊重救難人員的專業裁量空間，國家公權力就此專業救難行為，縱然可以事後就整體處置加以檢視，然亦必須尊重其專業裁量的判斷空間，否則將使救難人員恐陷於錯誤動輒得咎，甚至灰心退出義務救難之行列，非國人之福。

故本文以為，被告臺南縣救難協會成員3人對於買○○、呂○○2人是否及時穿著救生衣，不應苛責為注意義務之違反，應尊重其專業判斷與裁量空間。

二、 被告3人前開有無確實令買○○、呂○○穿上救生衣，與其二人之死亡結果間有無因果關係？

---

<sup>100</sup>據台灣中央氣象局資料顯示，7月17日21時40分，卡玫基中心於台灣宜蘭縣南部登陸。7月18日7時20分從桃園附近出海。其颱風西南側環流在17日上午起就為南部地區帶來大量降雨，造成南部多處低窪地淹水，台南、高雄一帶山區更出現800毫米的驚人雨量，導致多處落石坍方，18日深夜雲系北移至中部地區，台中、南投、彰化等地多處傳出淹水災情，大台中地區的災情更是出現歷史記錄少見的情況，台中氣象站更一度因淹水導致測雨儀器故障，雨量亦打破自八七水災以來的記錄，另外，澎湖氣象站於18日降下429.5毫米雨量，更創下設站112年來最大單日降雨記錄。維基百科網站：[http://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%A2%B1%E9%A2%A8%E6%B5%B7%E9%B7%97\\_\(2008%E5%B9%B4\)](http://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%A2%B1%E9%A2%A8%E6%B5%B7%E9%B7%97_(2008%E5%B9%B4))，最後瀏覽日：05/17/2008）。

根據最高法院 76 年台上字第 192 號判例：刑法上之過失，其過失行為與結果間，在客觀上有相當因果關係始得成立。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，認為在一般情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係。即買○○、呂○○有無穿救生衣，與渠等之死亡間有無相當因果關係之審查。當日颱風惡水水流湍急、暗夜漫漫、不論有無穿著救生衣，在救生艇翻覆之際，不是驚慌嗆水溺斃、亦恐失溫致死。不論是買○○、呂○○二人對三位救難隊員對其穿上救生衣之指示置若罔聞，或情況緊急無法確實接收指令，亦無法據此要求救難隊員不得將救生艇駛離現場，如上述一之分析，應尊重三位救難專業人員於急難現場之臨場判斷，不應以「事後諸葛」之姿妄加批判。

張麗卿教授認為在因果關係之認定上，判斷到底有無因果關係及是否歸責，可經由下列途徑得知：

1、首先依條件說檢驗

- (1) 依照條件說，行為人之行為是否為引起結果的條件，必須依「如果無前者（行為）即無後者（結果）」之觀念來判斷，此種經驗上之判斷是第一個要檢驗之條件。
- (2) 結果的發生，是否由行為所引起，是一種經驗上的考慮。條件說之判斷是：刑法上之原因，指任何不可忽略之條件，如果沒有此一條件，具體的結果就不致發生（condition sine qua non）

2、接著判斷是否客觀可歸責，從二方面考量：

- (1) 行為人引起法律值得非難之構成要件。
- (2) 引起了危險，而此危險也導致了具體結果之發生<sup>101</sup>。

<sup>101</sup> 張麗卿（2005），《刑法總則理論與運用》，頁 133-134，台北：一品文化。

故本文以為，此一令人措不及防與瞬息萬變的災難現場，如欲事後模擬或複製同一環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果，而成立所謂相當因果關係，實屬異想天開。而依學者因果關係之認定與是否歸責檢驗途徑，「如果無前者（未確實讓登艇民眾穿上救生衣之行為），即無後者（救生艇翻覆致民眾溺斃之結果）」亦難以成立。

較合理的說法應是，如情況許可，固應先穿上救生衣再搭乘救生艇離開災難現場；但若情況危急，待獲救民眾登艇後立即駛離現場亦是選項之一，究竟何種選擇可顧全救難者與民眾之最佳利益，應委由專業之救難者之臨場判斷。故被告3人有無確實令買○○、呂○○穿上救生衣，與其二人之死亡結果間，實難驟認已成立相當因果關係。

### 三、 被告3人當日執行之救難任務，是否為刑法第276條第2項所謂之業務？

根據最高法院判例89年台上字第8075號判例：刑法上所謂業務，係指個人基於其社會地位繼續反覆所執行之事務，包括主要業務及其附隨之準備工作與輔助事務在內。此項附隨之事務，並非漫無限制，必須與其主要業務有直接、密切之關係者，始可包含在業務概念中，而認其屬業務之範圍。而依林山田教授之定義：稱業務，係指反覆持續而用以營生之經濟活動<sup>102</sup>。張麗卿教授則定義：業務是指，職業上日常實行之事務，不以專門技術為限，且業務必須行為人可選擇賴以維生之職業或營業<sup>103</sup>。

本件被告林○○、黃○○、鮑○○3人，均屬民間社團臺南縣救難協會隊員，三人均非編制內之消防人員，雖然因義務與無償地參與救難協會，而有反覆執行支援救難勤務之行為，但三人各有其本業，即其三人之主要業務。此義務之救難行為，並非其本業附隨之事務，也與其本業無直接與密切之關係；既非用以營生，亦非經

<sup>102</sup> 林山田，前揭註6書，頁67。

<sup>103</sup> 張麗卿，前揭註101書，頁375。

濟活動，更非選擇賴以維生之職業或營業。故本文認為，被告三人義務與無償地參與救災，依最高法院判例 89 年台上字第 8075 號判例之意旨，與依學者關於業務之定義，均不應成立刑法第 276 條第 2 項所謂之業務。

四、 本案之判決結果實已造成輿論之譁然，議者大多數皆以「好心沒好報」等灰心字眼評論。本文以為，法院對其行為確值尊敬的被告 3 人參與救難協會，無償支援協助消防、救災任務，自願於颱風夜甘冒生命危險，前往惡水蔓延之災區執行勤務，卻僅以有無讓搭乘民眾確實穿上救生衣為由論斷其有過失責任，實在是輕忽此判決結果產生的社會震撼，亦對未來欲投入志工行列的熱血民眾強澆冷水。

如本文第三章之論述，援引英美法系之「善良撒瑪利亞人法」，對於無義務、無償之施救者，豁免其輕過失之刑事與民事賠償責任，並於我國之緊急醫療救護法明確規範，應是可行作法。

## 第二節 為吸毒過量猝死朋友施行心肺復甦術，被究責過失致人於死(西元 2004 年 11 月 5 日臺灣桃園地方法院刑事判決，93 年訴字第 1430 號裁判)

為吸毒過量猝死朋友施行心肺復甦術，反而因為導致胸部損傷，而遭法官認定「過失致人於死」判刑。

### 第一項 案例事實

一、甲○○前於民國八十四年間因違反麻醉藥品管理條例等案件，經台灣高等法院判處應執行有期徒刑四年三月，又於八十六年間因

轉讓禁藥罪，經台灣高等法院判處有期徒刑八月確定，以上二罪經定應執行有期徒刑四年十月，於八十九年六月一日縮刑假釋期滿執行完畢。緣甲○○與許○○為朋友關係，許○○於九十二年八月三十一日下午四時三十分許，至甲○○位於桃園縣觀音鄉塔腳村八鄰塔子腳三十一號住處找甲○○，因甲○○當時在屋內睡覺，遂由適在該屋內之甲○○友人丙○○前去幫許○○開門後，丙○○再至屋外空地洗碗盤，許○○進入屋內後，即在該處客廳自行以注射針筒施打毒品，因使用毒品過量而處於瀕死狀態躺在沙發上（仍有循環心跳而未死亡），此時，丙○○自屋外進入屋內，見狀，即至房間內叫醒甲○○，甲○○、丙○○認許○○已無心跳及呼吸，且嘴唇發黑，欲對許○○進行心肺復甦術（CPR）急救，本應注意且能注意施用心肺復甦術時，用力需平穩，壓迫與鬆弛各半，不宜猛然加壓，而依當時之情形亦無不能注意之情事存在，竟疏未注意在許○○胸外按壓時之力道及方式，二人輪流猛力以拳頭按壓捶打許○○之胸部，達二十餘分鐘，以此不當之方式對許○○施以急救，導致許○○因心肺臟嚴重外傷而立即死亡。甲○○、丙○○見急救無效，並查覺許○○已死亡，渠等唯恐因許○○施打毒品並生死亡之結果受到牽連，乃共同商議，基於遺棄屍體之犯意聯絡，由甲○○駕駛車牌號碼LD—00三二號自小客車，搭載丙○○，共同將許○○屍體放入車內後座，駛往桃園縣觀音鄉保障村二鄰後方僻遠之產業道路上，將許○○屍體丟置在該處草叢中而遺棄，旋駕車返回處旁道路。嗣於同日下午五時三十分許，經路人莊江德在上址發現許○○屍體報警處理後，始循線查獲甲○○、丙○○二人。

二、案經許○○之父乙○○訴由台灣桃園地方法院檢察署檢察官相驗後自動簽分偵查起訴。

判決結果：甲○○因過失致人於死，累犯，處有期徒刑捌月。又共同遺棄屍體，累犯，處有期徒刑柒月。應執行有期徒刑壹年貳月。

丙○○因過失致人於死，處有期徒刑柒月。又共同遺棄屍體，處有期徒刑陸月。應執行有期徒刑壹年。

## 第二項 判決要旨

一、右揭事實，業據被告甲○○、丙○○於警、偵訊及本院審理時自白不諱（見…），核與證人即死者許○○之父乙○○、證人莊江德於警訊時證述之情節，均相符合，而被害人許○○經解剖毒化檢查發現曾混和嗎啡類毒品及安非他命類藥物，惟除藥物影響外，許○○另有胸部嚴重外傷，造成心臟肺臟破裂損傷，由損傷部位外圍組織尚有嚴重出血瘀傷，判斷損傷形成時，死者許○○雖處瀕死狀態但仍有循環心跳，依檢查結果是因用毒品過量而瀕危，再因急救施術不當，造成心肺臟嚴重外傷而立即死亡，亦經台灣桃園地方法院檢察署檢察官督同法醫師相驗並囑託法務部法醫研究所解剖覆驗屬實，有勘驗筆錄、相驗屍體證明書、驗斷書，及法務部法醫研究所出具之（九二）法醫所醫鑑字第一二六三號鑑定書一份存卷可參（見…）。又警方在被告甲○○所有前開LP—00三二號自小客車後座椅絨布採得之血跡，經送請鑑驗結果，與死者許○○DNA—STR型別相同，復有內政部警政署刑事警察局鑑驗書一份存卷足憑。按人體之中樞神經，可在呼吸或心跳停止後，繼續存活四至六分鐘，若能把握這段時間以心肺復甦術（CPR）進行急救，即可能挽回生命，而實施心肺復甦術應注意在胸外按摩時用力需平穩、規則不中斷，壓迫與鬆弛時間各半，不宜猛然加壓，此為報章雜誌電子媒體所廣為強調宣導之事項，為眾所週知之事，被告甲○○、丙○○均為成年人，且被告甲○○復自承其在勒戒所勒戒時曾學習過心肺復甦術等情，甲○○、丙○○對前述心肺復甦術之相關事項自難諉為不知。再則，人之心臟、肺臟，乃屬人體甚為脆弱之部位，如以外力施加重擊，極易造成心臟肺臟破裂損傷，而有致死之可能，被告甲○○、丙○○對此亦難諉稱不知，是被告甲○○、丙○○二人因許○○施打毒品過量而處瀕死狀態，在對許○○施以心肺復甦術時，本即應注意在許○○胸外按摩時，用力需平穩，壓迫與鬆弛各半，不宜猛然加壓，且非不能注意，竟疏未注意在許○○胸外按摩時之力道乃方式，二人輪流以拳頭猛擊許○○之胸部，此由現場所拍攝許○○死亡時胸前心肺處留有大片紅色瘀青之照片，即可推知被告二人當時所施之力道甚大，而導致被害人許○○因

心肺臟嚴重外傷而死亡，被告二人均有過失至為顯然。且其等之過失與被害人許○○之死亡結果，有相當因果關係。此外，復有現場查獲及模擬照片共二十二幀在卷可稽。綜右事證，被告二人過失致人於死及遺棄屍體之犯行均堪予認定，應依法論科。

三、核被告甲○○、丙○○所為，均係犯刑法第二百七十六條第一項之過失致人於死罪、第二百四十七條第一項之遺棄屍體罪。被告二人就上開遺棄屍體罪間，有犯意聯絡及行為分擔，皆為共同正犯。又被告二人所犯過失致人於死、遺棄屍體二罪，行為分殊，罪名互異，應予分論併罰。又被告甲○○有如事實欄所指之犯罪科刑及執行情形，有卷附台灣高等法院被告全國前案紀錄表可查，其於有期徒刑執行完畢後，五年內再犯有期徒刑以上之罪，為累犯，依法加重其刑。爰審酌被告二人在被害人因施打過量之毒品處在瀕死狀態，未思將之送醫救治，反施以不當之急救方式，延遲救治機會，又事後遺棄被害人屍體，及被告二人犯罪之動機、目的、品行及犯後均坦承犯行，態度良好等一切情狀，分別量處如主文所示之刑，並均定應執行之刑。

### 第三項 判決分析

依判決書所載，檢警調查死者因在客廳自行以注射針頭施打毒品，由於使用毒品過量而處於瀕死狀態躺在沙發上。但檢察官採認法醫相驗解剖之鑑定書，因死者其損傷部位外圍組織尚有嚴重出血瘀傷，故認為死者雖處於瀕死狀態，但仍有循環心跳，應為生前創傷。

但本文對上述論斷頗多異見，故提出下列數項觀點討論。

- 一、因死者乃施打毒品（嗎啡類及安非他命類）導致呼吸抑制而窒息，以當時的實際狀況判斷，若被告二人未對死者進行心肺復甦術，而採用判決書中所言應「將之送醫救治」，則死者亦幾乎無存活之可能。蓋如判決書所言，在呼吸或心跳停止後，有四到六分鐘的急救黃金時間，但即使是在地狹人稠且醫療資

源便利的台灣，也實在無法在六分鐘內送達醫院急救。依全球普遍採用的急救準則：2005年美國心臟協會心肺復甦和心血管急救指南，亦有類似論述：由於從呼救到緊急醫療服務系統（EMS）和EMS人員到達救助患者通常超過5分鐘<sup>104</sup>，實現高存活率取決於一般民眾訓練與實施心肺復甦，和組織良好的公共場所施行電擊去顫計劃<sup>105</sup>。所以本文以為，被告二人被告二人見死者處於瀕死狀態時，先施予急救而非送醫，並無不當之處。

二、 檢警指控被告二人因急救施術不當，造成死者心肺臟嚴重外傷致死，本文認為此一觀點亦多所偏誤，亟需釐清。

當然，被告二人施力不當而造成死者心肺臟有外傷是事實，但數項急救準則也澄清，即使是標準的急救過程也有可能造成患者胸部創傷。如胸外按壓的口訣是用力壓、快速壓、胸回彈及不中斷【push hard, push fast (rate of 100 compressions per minute), allow complete chest recoil between compressions, and minimize interruptions in compressions for all victims<sup>106</sup>】，胸部按壓的深度至少也要到達5公分或三分之一至二分之一的胸廓厚度才有效果，所以可預見的是因執行心肺復甦術而導致肋骨骨折與胸部外傷，並非罕見與不可原諒。維基百科描述：胸外按壓有可能造成重大胸骨或肋骨局部的鈍挫傷，包括瘀傷或骨折<sup>107</sup>。新的期刊論文甚至下了這樣的標題：雖然施力足夠的胸部按壓（超過125磅，約57公斤）會造成更多的肋骨骨折，但是患者的存活率也將更好（More rib fractures, but better survival rates<sup>108</sup>）。

<sup>104</sup>Nichol G, Stiell IG, Laupacis A, Pham B, De Maio VJ, Wells GA. A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med.* 1999; 34 (pt 1): 517 – 525.

<sup>105</sup>*Circulation.* 2005;112:IV-12-IV-18. Part 3, Overview of CPR IV-12

<sup>106</sup>*Circulation.* 2005;112:IV-12-IV-18. Part 3, Overview of CPR IV-14

<sup>107</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Cardiopulmonary\\_resuscitation](http://en.wikipedia.org/wiki/Cardiopulmonary_resuscitation)

<sup>108</sup>Geddes A. et al. Chest Compression Force of Trained and Untrained CPR Rescuers (*Cardiovascular Engineering*, DOI 10.1007/s10558-007-9029-5), 2007.

另外，雖然新的急救準則已不再建議使用胸前重擊（precordial thump，握拳從5-40公分高，於胸骨下半部重擊）作為心肺復甦術的步驟之一<sup>109</sup>，但早期的數項研究觀察到：胸前重擊有機會可以使無脈搏的心室頻脈或心室顫動成功的轉變為有脈搏的心律<sup>110</sup>。所以不論是採用標準的心肺復甦術胸外按壓、或者是曾被推廣但現已不再推薦使用的胸前重擊，均有可能造成胸部創傷，即使是醫護人員亦無法避免造成此併發症，但卻苛責見義勇為的目擊民眾須負擔因執行心肺復甦術不當致胸部傷害的後果，判決之不合情理，莫此為甚。

三、 本文認為，此判決的最荒謬處其實是對於人體生理循環的陌生與錯誤推論。蓋不論是死者接受被告二人施行急救的當時是否無生命跡象（無呼吸與無脈搏），施行心肺復甦術即會提供部分的心臟輸出量<sup>111</sup>；既然有心臟輸出量，在因急救力量失當致胸部創傷時當然會有「損傷部位外圍組織尚有嚴重出血瘀傷」的現象，怎能做為生前創傷的依據。

綜合上述理由，司法制度欲以急救失當處罰被告二人，卻爭議性的引用過失致人於死論處。由以上的實證醫學可以佐證，當死者因吸毒過量已幾無心跳及呼吸且嘴唇發黑，若四下無人，斷無活命之可能。即使有目擊者在旁，若無法立即施予有效的心肺復甦術，

<sup>109</sup>Circulation. 2005;112:IV-12-IV-18. Part 7.2: Management of Cardiac Arrest IV-63

<sup>110</sup>Befeler B. Mechanical stimulation of the heart: its therapeutic value in tachyarrhythmias. Chest. 1978;73:832 - 838.

Volkman HK, Klumbies A, Kühnert H, Paliege R, Dannberg G, Siegert K. Terminierung von Kammertachykardien durch mechanische Herzstimulation mit Präkordialschlägen [Terminating ventricular tachycardias by mechanical heart stimulation with precordial thumps]. *Z Kardiol.* 1990;79:717 - 724.

Caldwell G, Millar G, Quinn E. Simple mechanical methods for cardioversion: defence of the precordial thump and cough version. *BMJ.* 1985;291:627 - 630.

<sup>111</sup>D I Fodden, A C Crosby, and K S Channer, Doppler measurement of cardiac output during cardiopulmonary resuscitation, *J Accid Emerg Med.* 1996 November; 13(6): 379 - 382.

僅等候一一九救護車到場由救護員急救或自行將之送醫救治，均將延誤超過 4-6分鐘得急救黃金時間，生存機會亦屬渺茫。拙見以為，死者致死原因為吸食毒品過量窒息而死，急救失當既非直接死亡原因，亦非加重因素。

另外判決書有云：「實施心肺復甦術應注意在胸外按摩時用力需平穩、規則不中斷，壓迫與鬆弛時間各半，不宜猛然加壓，此為報章雜誌電子媒體所廣為強調宣導之事項，為眾所週知之事」，似乎認為心肺復甦術是一件國人早已熟知急救常識而且執行成效良好，其實是完全與事實脫節。康健雜誌曾做過國內到院前急救的調查：美國西雅圖有80%的民眾會CPR，台灣卻不到5%。衛生署醫事處處長石崇良大聲疾呼：「對於已經沒有呼吸心跳的人，你什麼都不做他就是死亡，你做了，他就有機會活下來，不必擔心做錯了反而害人<sup>112</sup>。」所以在台灣實際的狀況是只有非常少數的民眾會做CPR，甚至當緊急醫療事件發生時，即使曾經學過CPR的民眾也大多不願或不敢施行急救，與判決書所云之似乎全台灣民眾幾乎均已週知CPR的知識與技術，實與現況脫節。

生活在今日的台灣，各行各業除了善盡本身的職責外，應該也要思索肩負的社會改革責任。本文沉痛的指出，本判決如此苛責無義務的急救者，認為他們須為急救失當付出過失致人於死的法律代價。造成的巨大影響是使台灣社會本已相當疑懼的見義勇為行為更加的倒退。反正除了急診醫師外，誰還會對心肺復甦術有自信和把握，可想而知的後果是路倒者當然在第一時間幾乎沒人肯為他伸出援手，而台灣的到院前猝死者的急救成功率也必然繼續是悲哀的落後國家水準。法官除了自由心證發掘真實外，也應思索判決出爐後的社會責任！

### 第三節 為同居女友施行心肺復甦術，反而因導 致心臟破裂，遭究責為殺人罪。(西元二〇〇八年

<sup>112</sup> 康健雜誌 117 期，2008 年 8 月。

## 四月三日臺灣高等法院高雄分院刑事判決，九十六年度上重更(二)字第四十二號裁判)

為女友猝死施行心肺復甦術，反而因為導致心臟破裂，遭法官認定「殺人罪」判刑。纏訟五年，至最高法院發回更審後才平反。

### 第一項 案例事實

公訴意旨略以：甲○○自民國 91 年間某日起與許○○同居於高雄市○○區○○路 123 巷 6 弄 5 號 4 樓（下稱上開憲政路住處），當時上開住處內尚有甲○○、許○○暨甲○○與其妻所生之女兒、許○○與他人所生之兒子、甲○○與許○○所生女兒；甲○○竟於 93 年 12 月 21 日下午 8、9 時許，基於殺害同居人許○○之犯意，在上開同居處所以大力擠壓許○○之方式，致使許○○心房破裂，導致心包充填死亡。嗣於翌日（22 日）下午 1 時許，甲○○報警後，經臺灣高雄地方法院檢察署檢察官據報偕同法醫師就許○○之屍體進行相驗、複驗後，始悉上情。因認被告甲○○涉犯刑法第 271 條第 1 項之殺人罪嫌。

判決結果：原判決關於殺人罪暨定應執行刑部分，均撤銷。甲○○被訴殺人部分無罪。

### 第二項 判決要旨

本件公訴人認被告甲○○涉有上開殺人罪嫌，係以被告於警詢、偵查之陳述及被害人之母乙○○警詢、偵訊中之陳述，並有高雄市政府警察局苓雅分局相驗案件初步調持報告、臺灣高雄地方法院檢察署相驗卷、法務部法醫研究所鑑定書、天主教聖功醫院函覆之許○○病歷及高雄榮民總醫院之許○○病歷在卷可稽，為其主要論據。訊據上訴人即被告甲○○（下稱被告）固供承有與許○○同居於上開住處等事實，惟堅詞否認有殺人之犯行，辯稱：93 年 12

月 21 日晚間我就診完畢返回住處後沒多久，被害人就上床睡覺了，但被害人喝醉了，一連從床上摔下來 2 次，我也隨即將之再抱回床上 2 次，之後我將小孩子們安頓就寢，自己也接著入睡了，93 年 12 月 22 日早上約 7、8 時許，我因為被那約 4 個月大幼兒的哭聲吵醒，就起身想叫醒被害人為該幼兒沖泡牛奶，但沒想到卻喚不醒被害人，我立即通知救護車將被害人送醫救治，卻還是無法挽回被害人性命，我想被害人可能在前開 2 次摔下床之過程中，傷及心臟致死；另被害人有長期服用抗憂鬱症藥物，卻猶不斷酗酒，可能也是致死原因；總之，被害人之死亡與我無關云云。

經查：

(一)被告甲○○與被害人許○○自 91 年間起同居，93 年 12 月 21 日晚間 7 至 10 時許之間，被告曾前往胡益揚耳鼻喉科診所就醫，被害人則一直在上開憲政路住處內進用晚餐及飲酒，被告就診完畢返回住處時起（93 年 12 月 21 日晚間 10 時許），到翌（22）日（上午 7、8 時許）被告通報救護車將被害人送醫急救之時止，上開憲政路住處則僅有被告與被害人 2 位及另 3 位年幼之子女在其內；又被害人於 22 日間，經醫護人員施以 1 小時 30 分鐘之急救後，猶於同日上午 10 時 2 分許宣告死亡等情，迭據被告於原審及本院審理中均自承明確，核與被害人死亡時，尚有胃內容物為 357mg/dL，且其送驗檢體均含酒精成分等鑑定結果相符（見臺灣高雄地方法院檢察署 93 年度相字第 2182 號卷第 104 頁），並有胡益揚耳鼻喉科診所 94 年 10 月 18 日函暨附診斷證明、病歷摘要（見原審卷第 54-56 頁）、聖功醫院 93 年 12 月 22 日急診病歷（見相驗卷第 75 頁）在卷足稽，此部分之事實自堪認定。

(二)又死者即被害人許○○之心臟右心房後壁有 2.5 公分裂孔，亦即心臟破裂，造成心包充填等情，業經臺灣高雄地方法院檢察署檢察官督同法醫師相驗明確，並製有相驗筆錄（見相驗卷第 8-10 頁）、複驗筆錄（見相驗卷第 18-22 頁）、現場及解剖相片共 26 張（見相驗卷第 31-38 頁）、驗斷書（見相驗卷第 39-48 頁）與相驗屍體證明書（臺灣高雄地方法院檢察署 94 年度偵字第 12873 號

第 26 頁) 附卷可稽, 復經送請法務部法醫研究所鑑定 (見相驗卷第 101-107 頁) 確認無訛, 自堪信為真實。

(三) 上揭聖功醫院 93 年 12 月 22 日急診病歷 (見相驗卷第 75 頁) 另明確記載: 被害人於當日上午 8 時 16 分許到院時, 已測無心跳、血壓與呼吸, 體溫為 30.8°C, 且有牙關緊閉、無法張開之現象, 並判定為到院前死亡等情, 與法醫依據上開被害人體溫已明顯下降, 且復有牙關無法張開之屍僵情形, 進而判定被害人於到院時, 已經死亡 7 小時以上 (參見法醫研究所 94 年 11 月 30 日法醫理字第 0940004484 號函, 原審卷第 106 頁), 既均本諸各自之醫療等專業, 正確性自尚無可疑, 而俱堪採信。再參諸前已認明之被害人於同月 21 日晚間 10 時許, 猶仍在上開憲政路住處內飲酒、進用晚餐一節, 則被害人應係在 93 年 12 月 21 日晚間 10 時許起至同月 22 日凌晨 1 時許間之某時死亡, 亦可得確定。至聖功醫院 94 年 12 月 15 日聖功醫字第 0940000259 號函, 固載記有被害人到院時體溫為 36°C 等語, 惟觀諸上揭急診病歷, 並未發現此等紀錄, 且聖功醫院已再確認被害人到院時急診病歷表所記載之體溫為 30.8°C, 此有聖功醫院 95 年 12 月 11 日聖功醫字第 0950000300 號函在卷可憑 (本院上訴卷第 163 頁), 是上開被害人到院時體溫為 36°C 之載記, 顯然出於誤繕, 一併敘明。

(四) 被害人許○○屍體經解剖後雖經鑑定認為被害人致死原因係心臟 (心房) 破裂、心包充填, 胸腹部有鈍傷合併出血, 且其中心臟、肝臟及腹股溝等之傷害力量較大, 但該鈍傷在體外之相對應位置, 並無明顯之皮肉傷存在, 亦經法醫研究所鑑定明確 (見相驗卷第 104 頁)。是如以鈍器對人體猛然施加攻擊, 該遭受攻擊之部位, 非僅內部臟器受創, 在外觀上一般也均會留有明顯傷勢, 惟若先以鈍器接觸欲攻擊之部位後, 再漸次增加力道續予擠壓, 即可能造成內部臟器已明顯受到傷害, 但皮肉確未留有清楚可辨之外觀痕跡等現象, 故由被害人胸部內、外傷勢明顯程度顯然有別之情觀之, 被害人之傷勢應非以鈍器直接對人體猛然施加攻擊所致。至於究竟係以何方式造成被害人心臟破裂? 依據鑑定人即法務部法醫研究所法醫師劉景勳於本院前審到院證稱: 「(造成被害人的心臟右心房後壁

破裂出血的成因如何？）<sup>11</sup>一般血管通道被阻塞就會這樣。一般都是外力所為，姿勢不當比較不可能造成。<sup>12</sup>我們解剖時，（提示解剖照片）從外觀看，在右側的腹股溝部分有出血，而且很大片，這個出血如果是從床上掉下來，一般來說先接觸的是身體突出的點，如膝蓋或是肘背，我講的是凹進去的地方跌倒的機會不大。我們解剖打開身體的時候，可以看到腹部凹進去的點是軟組織，有吸收力量的功用，腹部壓成一大片的出血，而胸部一點出血都沒有，表示做 CPR 的時候沒生理反應。至於出血點的部分，在肝臟的地方可以看到一點點，是直線上來的，跟加壓的力量是有一個直線的相關性，直線上來的地方，就是腹部主動脈的地方，上面在主動脈轉彎，脖子的地方，如果這個地方有受到擠壓，胸部就會有皮下出血，但是這個沒有，顯然這個力量是來自於腹部擠壓的力量。簡單說，死者生前應有人用東西壓住她【腹部】的地方，加壓一段時間，因為血管被擠壓到，所以心臟還沒有打開的時候，是出現藍色的東西，打開之後，心臟裡面有出血，心臟出血以後把心臟攤開來看，心臟右心室（應係右心房）破了一個大洞，【顯然心臟不斷的壓縮，但是後段的血路被壓住了，壓力不斷回流到心臟，左心室比右心室（應係右心房）來的厚，所以壓縮的過程裡面，右心室（應係右心房）會先破，造成死者心臟破裂】。……，死者所受的力量絕對不是死者自己彎腰做瑜珈造成，這個力量是由外力介入，但是我不能判斷外力從何而來，但是可以確定這是外力介入造成她多處的鈍傷和大量出血。」（見本院上訴卷第 169 至 177 頁），是由上開鑑定人之證述，被害人之心臟右心房破裂係因以漸次增加力道之擠壓【腹部】方式所造成。又該漸次增加力道之擠壓是否來自於生前被告所為？依上開鑑定人及有關之驗屍（解剖）報告鑑定並無法為直接證明，且本件被告從警局至本院審理中均堅決否認有對被害人為傷害行為，而依證人乙○○偵訊中之證詞，甚至於原審法院審理到院作證之證人即被害人之女許美玲、之母乙○○（見原審卷第 174 至 188 頁）、里長蘇春雄（見本院上訴卷第 179 頁）等人之證詞，亦因非當時現場之目擊者，而均無法直接證明被告對被害人有何傷害（擠壓）行為，是公訴人所提出之上開證據並無法直接證明被告有對被害人為該傷害（擠壓）行為。況查，本件經送國立臺灣大學醫學院附設醫院鑑定卻認為：「<sup>13</sup>（在對人體施 CPR 時，是否有可能因施

力不當而造成皮下出血、肋骨骨折，甚至心臟破裂？）對人體施行 CPR 時，確有可能因施力過劇或施力位置不當，而造成皮下出血或肋骨骨折；心臟破裂雖較少見，但亦有可能，尤其若受施者本身心肌有病變存在（如：心肌梗塞等），或已死亡一段時間後造成之心肌組織變化（死後變化，Post-mortem change），更有可能因 CPR 時施力不當，而自心肌組織中脆弱部位破裂。」、「(22)（上開情形，依施加力道的大小，通常情形是否應為：皮下出血〈肋骨骨折〈心臟破裂？〉）因 CPR 造成之身體組織傷害，並不一定依皮下出血、肋骨斷裂、心臟破裂之順序出現，其出現亦不一定與施力力道成正比。例如：施行 CPR 過程中，若施救者雙手係按照正常操作緊貼胸壁施行，而非自一般距離外向受施者胸壁衝擊，不一定會出現皮下出血，然而長時間持續施行 CPR，仍可能因位置或施力不當而造成肋骨斷裂。」、「(23)（對於活體及屍體，有無可能既不產生皮下出血，而會造成心臟破裂？）對於活體及屍體施行 CPR 時，確有可能不產生皮下出血，而造成心臟破裂，端視造成心臟破裂之機轉而定。例如：正常 CPR 並無對胸壁之衝撞，因此可能不會造成皮下出血；然而持續 CPR 對心臟的反覆按壓，若受施者心臟有病理變化存在，仍有可能因心臟腔室內壓力瞬間增加，造成心臟自脆弱部位破裂。」、「(24)（對於活體，是否可能以『將身體彎曲再對腹部擠壓，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞』之方式，而造成心臟破裂，但不會發生皮下出血？）以『將身體彎曲再對腹部擠壓，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞』之方式，造成心臟破裂之可能性雖無法完全排除，然以生理或血行動力學觀點言之，【此一可能性甚低，尤其是對活體而言。】」、「(25)（以上開方法行之，通常情況下被害人是否會掙扎、抵抗？）上述方式若確實造成心臟輸出管路部份或完全受阻，受施者因胸內壓升高產生不適，可能會自行調整姿勢或作掙扎。」、「(26)（一般不具醫學常識之人，有無辦法以「(24)」所述之方式，精確地操作，達到既不會產生皮下出血，而會造成心臟破裂之結果？）如「(24)」所言，因該方式造成心臟破裂之可能性低，即便精確操作亦不一定會造成心臟破裂，因此以一不具醫學專業知識或常識之人，為此作為而造成心臟破裂之可能性更低。」、「(27)（正常人體的心臟位置，是否完全被肋骨包覆？心臟下半部是否有於劍骨下方露出？）是否可以不

透過肋骨而能直接摸到心臟？正常人體的心臟位置，幾乎完全被肋骨包覆於胸廓內，一般情況下不易直接摸到心臟。」、「(8) (人體右側的第三、四根肋骨的正確位置是否正對心臟右心房，亦或是比右心房位置還要高？) 雖因個體間差異之故，每個人情況可能有所變異，但【人體第三、四根肋骨下方所對應之心臟腔室，確有可能為右心房，亦或是右心室。】惟此處所言第三、四根肋骨與右心之相對位置，與肋骨斷裂及右心破裂之間並無絕對關係，蓋 CPR 係壓迫胸骨，造成其下心臟之壓迫，並非斷裂之肋骨造成右心穿刺破裂。」、「(9) (對於一具到院數小時前已死亡之屍體，施以 90 分鐘之 CPR 急救，是否仍有可能因施力過猛而致心臟破裂？) 以一具到院數小時前即已死亡之屍體而言，其心臟肌肉可能已開始出現死後變化而變得脆弱，此時若再施予長時間 CPR 急救，確實可能因施力過猛而致心臟自脆弱處破裂；許○○女士心臟破裂處為右心室（應係右心房），依標準 CPR 施行方式觀之，上述論點之可能性又更高，蓋施行 CPR 時心臟係夾於胸骨及脊椎骨之間，CPR 之所以能造成血液流動，有部分即因施作者對胸骨向下壓迫，造成心臟被擠壓而使血液向前流動（心臟唧筒理論），而正常人體心臟位置偏左，位於胸骨正下方者為右心（右心室在偏前方、右心房在偏後方），故 CPR 過程中，心臟被壓迫之部位幾乎均為右心（此乃諸多 CPR 研究於急救施行過程中，由經食道心臟超音波觀察所得）。因此若對一已出現死後變化而組織變得脆弱之心臟施予猛力之 CPR，確有可能造成心臟破裂，尤其是直接承受擠壓壓力，且腔室壁本身原本即較薄之右心房（相對於右心室）。根據韓國學者黃教授（Sung-Oh Hwang）於 2001 年「急救雜誌」，及美國心臟醫學會（American Heart Association）2006 年年會之「急救科學研討會（Resuscitation Science Symposium）」所發表之論文指出：CPR 過程中，心臟血流之出口通路（主動脈）會遭受不等程度之壓迫，加以 CPR 對心臟之施壓，即可能造成心臟腔室內壓力上升，若此時心肌本身因病變而變得脆弱（如：死後之病理變化），即可能因心臟內腔壓力陡升，而造成心臟自脆弱處破裂。許女士心肌是否因脆弱而造成 CPR 時更易破裂，除前述因死亡多時可能出現之死後病理變化外，其病理解剖記載：右心室出現明顯脂肪浸潤，或又提供另一心肌脆弱之可能。臨床上有一所謂 arrhythmogenic right ventricular dysplasia

(ARVD) 之疾病，其特點為右心室心肌組織被脂肪所浸潤，且心室壁較薄，甚至有所謂如紙張一般薄 (paper-thin) 之形容；若許女士病理檢查有此一疾病之可能，則其右心本身即較為脆弱，若加以死後變化造成心臟更為脆弱，及長時間用力 CPR 之外力因素等影響，導致心臟從脆弱處破裂之可能性將更為提高。惟此一論點乃是依據病理報告之描述，提供另一導致右心脆弱易破之可能性，僅供參考。」、「綜上所述，許女士病理解剖所見之心房破裂、心包膜填塞及胸腹部鈍挫傷合併出血等發現，無法排除係長時間 CPR 所造成之結果。」，有該院 96 年 7 月 17 日校附醫秘字第 0960002054 號函附鑑定意見書在卷可稽 (見本院更(一)卷第 102 至 110 頁)；嗣該院於 96 年 12 月 24 日於原審法院 (民事庭) 審理 95 年重訴字第 161 號損害賠償事件時更進一步說明：有關法醫研究所 94 年 11 月 30 日法醫理字第 0940004484 號函所載之「心房破裂處有組織出血情形，極為有生前反應，故可排除 CPR 所造成之傷害」意見，依法醫觀點，組織出血固然為生前反應之重要跡證，然此應以未經任何處置之屍體而言；對於一個經過 CPR 處置之屍體，因 CPR 可能造成血液循環，故無法排除於心房破裂處造成出血之可能性。另該函文所載之「心房破裂處有組織出血情形」，依「CPR 可造成血液循環流動，而於心房破裂處造成局部出血之病理變化」觀點，無法排除係死後變化。有關以「將身體彎曲再對腹部擠壓，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞」之機轉造成死亡之可能性雖極低，然以此特殊罕見方式加工造成之心臟破裂，文獻上查無報告，故難以百分比表示；另若該受擠壓人血液酒精濃度高於 200mg/dl，因酒精濃度造成動脈血管末端通路被擠壓，導致心臟破裂死亡之狀況亦無文獻報告，十分罕見，亦難以百分比表示。而血液酒精濃度高於 200mg/dl，對於外完刺激確有可能無反應及掙扎。以許○○女士之情形觀之，其心房破裂之原因，若僅以死後對屍體 CPR 所造成及因生前「將身體彎曲再對腹部擠壓，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞所導致」二種情形相較，以【前者】之可能性較高。以外力持續且漸次增加力道之方式擠壓活體之胸部，在胸部無皮下出血之情形下，導致肋骨斷裂且右心房破裂之可能性，以正常個體而言機率不高；然個案若有心肌病變，如許女士病理解剖所發現類似 arrhythmogenic right

ventricular dysplasia(以下簡稱 ARVD) 之情形，則可能性無法完全排除。酒醉後因躺臥姿勢不正確，或因自床上跌落或走路跌倒，而擠壓血管或其他心臟，導致心房破裂、心包充填而死亡之可能性，以常理判斷機率不大，然考量許女士之體質(如因 ARVD 導致心肌較常人脆弱)，則可能性無法完全排除。酒醉病患自床上跌落或走路跌倒，而趴臥或俯臥於地時，確有可能發生於左大腿骨、腹股溝部及右大腿內側瘀血傷之變化等情，亦有該院 96 年 12 月 24 日校附醫密字第 0960214896 號函在卷可稽(原本檢還，影本附於本院卷第 89 至 90 頁)。是依國立台灣大學醫學院附設醫院之函示，被害人之體質因 ARVD 導致心肌較常人脆弱，故其心臟破裂原因可能有多種，即亦有可能係因【死後對屍體 CPR 所造成】，且該情形較因生前「將身體彎曲再對腹部擠壓，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞所導致」情形相較，以【死後對屍體 CPR 所造成】之可能性高。再者，「以擠壓腹部，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞而造成死亡」之情形，除如上開函示所稱：查無相關文獻可考外，就一般人之學經歷而言亦不曾聽聞；況人之身體內部既無法透視、操控，則被告如何得知「加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞」？更何況被害人係因本件病理解剖始發現有類似 arrhythmogenic right ventricular dysplasia，即右心室心肌組織被脂肪所浸潤，右心本身即較為脆弱之情事，而在此之前，被害人並無此相關之就診記錄，則被告豈有可能知悉以擠壓方式會造成心臟破裂而死亡？是公訴人謂被告係以「大力擠壓致使心房破裂，導致心包充填死亡」之殺人方法殺害被害人，既無積極證據，更逾越一般人之理解，顯與常理有悖，實難信為真。

(五)至於被告於接受測謊時，就「有無毆打被害人」問題，呈現不實之反應乙事。經查，測謊機本身並不能直接對受測者之供述產生正確與否之訊號，而係測謊員依其專業之學識及經驗，就測謊記錄，予以客觀之分析解讀。至於測謊鑑定究竟有無證據能力，刑事訴訟法並無明文規定。實務上，測謊鑑定如形式上符合測謊之基本程式要件，即賦予證據能力。但其證據價值，因個人人格特性或對於測謊質問之問題無法真正瞭解，致出現不應有之情緒波動反應，此時

若過於相信測謊結果，反而有害於真實之發現，是受測者否認犯罪之供述呈現不實之情緒波動反應，尚不得採為有罪判決之唯一證據。本件被告固然對於上開問題之陳述，呈現不實之情緒波動反應，但因無其他積極證據足以佐證下，該測謊鑑定仍無法成為被告有罪之唯一證據。至於告訴人即被害人之母乙○○於本院審理中稱：被告與被害人經常吵架，並曾毆打被害人；被告自稱當晚與嬰兒一起睡，於早上始發現被害人死亡，有違常理；且被害人死亡後被告未立即通知伊，反而去醫院申請診斷證明書及領款，有掩飾罪行之嫌；告訴人於被害人解剖時在場，已看到被害人脖子至胸前有瘀血，但法醫鑑定報告卻隻字未提云云；經查，夫妻感情是否真正和好，常非外人所洞悉，且感情不好是否必有殺害動機，本屬唯心之論，並無定論；而被告於被害人死亡後，未立即通知家屬，反而先行提領被害人款項，或有不正之處，但此情事尚難直接推定被害人即係被告所殺害，蓋被告如確信伊未殺人，則其遲緩通知被害人家屬或為喪事而提領款項，亦非完全無理。又本件被害人經其母乙○○同檢察官會法醫為解剖複驗時，其中外表觀察結果，並無告訴人乙○○所述之上開情事，有鑑定書在卷可稽，是告訴人乙○○上開所言，皆係個人臆測之詞，實難採信。

(六)綜上所述，本件被害人之死因固有諸多疑點，但公訴人主要依據法醫之鑑定報告，遽認定係被告以大力擠壓方式（擠壓何處，起訴書未敘明）造成被害人心臟破裂死亡。姑且不論殺人方法之奇特，僅就被害人右心房破裂之原因而言，亦有可能係死亡後所致，並非完全於生前所為，已如前述。是在無其他積極證據下，本於「罪疑為輕」之法則，自應為被告有利之認定。

五、原審未詳為推求，遽就被告被訴殺人部分為論罪科刑之判決，即有未洽，被告執此聲明上訴，指摘原判決此部分不當，為有理由，應由本院將原判決關於被訴殺人部分撤銷（連同定應執行刑部分），並就此部分改判被告為無罪之判決。

六、被告另被訴侵占罪部分，業據被告撤回上訴確定，不另論列，附此敘明。

### 第三項 判決分析

本文不嫌冗長篇幅，引用判決書全文，目的是希望可以完整呈現承審法官形成心證的過程，避免掛一漏萬。

如上所述，本案被告因女友猝死而為其施行心肺復甦術，因女友屍體解剖呈現心臟破裂，遭檢察官提起公訴，臺灣高等法院高雄分院法官認定「過失致人於死」判處有期徒刑拾年<sup>113</sup>。經反覆纏訟五年，至最高法院兩度發回更審<sup>114</sup>後才平反。

看過案例一之案情事實與後續發展，依本文之案例分析淺見，實有不勝唏噓之感。但在研讀完案例二之判決書之後，則簡直有端坐家中而遭雷劈的荒謬震撼。

本文對此判決文中之論斷頗多異見，故提出下列數項醫學與法律觀點討論。

一、本案一、二審法官對被告判決有罪的關鍵應該是法務部法醫研究所法醫師的鑑定判斷，認為造成被害人的心臟右心房後壁破裂出血的成因是：「一般血管通道被阻塞就會這樣。一般都是外力所為，姿勢不當比較不可能造成」、「死者所受的力量絕對不是死者自己彎腰做瑜珈造成，這個力量是由外力介入，但是我不能判斷外力從何而來，但是可以確定這是外力介入造成她多處的鈍傷和大量出血。」另外當然因為檢察官與一、二審法官認為因被告與死者感情不睦與可能有毆打被害人之嫌，加上被告於測謊鑑定時對於上開問題之陳述呈現不實之情緒波動反應，認定其有殺人動機。

但是本案的最荒謬之處莫過於是公訴檢察官認定被告係「以大力擠壓方式（擠壓何處，起訴書未敘明）造成被害人心臟破裂死亡」

<sup>113</sup> 臺灣高等法院高雄分院刑事判決 95 年度上重訴字第 14 號。

<sup>114</sup> 最高法院刑事判決 96 年度台上字第 1251 號。

最高法院刑事判決 96 年度台上字第 6165 號。

之殺人故意，以此過往案例與文獻皆未聞之殺人方法殺害被害人，既無積極證據，更逾越一般人與專業臨床醫師之理解，顯與常理有悖，實難信為真。如依國立臺灣大學醫學院附設醫院鑑定意見：「將身體彎曲再對腹部擠壓，加壓一段時間，使其心臟輸出的動脈血管末端通路被阻塞之機轉，造成死亡之可能性雖極低，然以此特殊罕見方式加工造成之心臟破裂，文獻上查無報告，故難以百分比表示。」以心肺復甦術之方式造成心臟破裂以遂行其殺人之目的，不論從科學角度難以立論，邏輯上因果關係的確立亦屬匪夷所思，真不知訓練嚴謹的司法系統如何能讓此荒謬推論纏訟多年，也為應該義無反顧積極推動的心肺復甦術，屢遭無謂的質疑攔阻而叫屈。

二、如國立臺灣大學醫學院附設醫院鑑定意見所言：「對人體施行 CPR 時，確有可能因施力過劇或施力位置不當，而造成皮下出血或肋骨骨折；心臟破裂雖較少見，但亦有可能，尤其若受施者本身心肌有病變存在（如：心肌梗塞等），或已死亡一段時間後造成之心肌組織變化（死後變化，post-mortem change），更有可能因 CPR 時施力不當，而自心肌組織中脆弱部位破裂。」但過度強調這些心肺復甦術可能的副作用或併發症，反而輕忽面對猝死病人的目擊者，如能義無反顧的立即執行急救所帶來的巨大裨益，則不免有見樹不見林之嘆。

三、本案裁判的關鍵，應是兩鑑定機關之鑑定意見迥異，法務部法醫研究所認為心臟右心房後壁破裂出血的成因是由外力介入，確定這是外力介入造成她多處的鈍傷和大量出血。國立臺灣大學醫學院附設醫院的鑑定意見是以外力加工造成之心臟破裂，文獻上查無報告，故難以百分比表示，造成死亡之可能性亦極低。

我國司法實務上認為鑑定只是一種證據方法，提供法官作為認定事實的一項資料而已，對於法院之審判並無拘束力，且不得僅以鑑定報告作為判決之唯一依據。鑑定書性質，最高法院亦曾判決指出：「鑑定書僅就預定之事實陳述其判斷意見之文書，至於預定之事實是否確實，則非鑑定書所能證明。」<sup>115</sup>若法院選任自然人充任

<sup>115</sup>最高法院五十七年台抗字第二八二號裁定。

鑑定人對於刑事訴訟法當事人發問權、詢問權或詰問權之行使均不生窒礙；但在囑託鑑定時，雖然刑事訴訟法第二〇八條明定：「法院或檢察官得囑託醫院、學校或其他相當之機關、團體為鑑定，或審查他人之鑑定，並準用第二百零三條至第二百零六條之一之規定；其須以言詞報告或說明時，得命實施鑑定或審查之人為之。」但究應指定哪一位鑑定委員到庭說明，則有問題，故司法實務從未有要求或票傳機關指定鑑定委員到庭說明或報告之實例。對於鑑定書內容爭點的釐清及鑑定書文義不明部分真意的理解，即無從循法庭聽訟程序而獲得，致使當事人或其代理人、辯護人之發問權、詢問權及詰問權之行使罹於不可能，自然影響法院對於真實之發現<sup>116</sup>。

若當事人認為鑑定人就鑑定事項有偏頗之虞者，依刑事訴訟法第二百條規定可拒卻鑑定人，但鑑定人拒卻的規定因不準用於囑託鑑定的鑑定機關、團體，或受囑託機關實施鑑定或審查之人，或指定到庭以說明之人，故在機關鑑定之情形，縱認有偏頗之虞時，仍無法聲請拒卻，則所為鑑定之可信度極有可能會產生問題<sup>117</sup>。

現行醫療糾紛的鑑定實務，依醫療法第98條，大多透過衛生署醫事審議委員會執行。行政院衛生署為辦理醫療糾紛鑑定案件，特訂定的「醫療糾紛鑑定作業要點」，衛生署受理委託鑑定機關委託鑑定案件，應提交醫事審議委員會醫事鑑定小組召開會議審議鑑定。前項鑑定流程，得先行交由相關科別專長之醫師（簡稱初審醫師）審查，研提初步鑑定意見，再提交「醫事鑑定小組會議」審議鑑定，作成鑑定書。醫事鑑定小組會議，必要時得邀請有關機關或專家學者列席諮商，對於鑑定案件之審議鑑定，以委員達成一致之意見為鑑定意見。但本文以為，僅有一名初審醫師進行初步鑑定，不易盱衡國內整體醫療專業水準，反而常陷入個人過嚴或過寬的主觀判斷。後雖有醫事鑑定小組會議以共識決為最終鑑定意見，但僅為形

<sup>116</sup> 李毓珮（2001），《醫療糾紛處理機制之探討》，頁110，國立台北大學法律學系碩士論文。

<sup>117</sup> 林鳳秋（1998），《醫療糾紛案件中鑑定書定型化之探討》，頁58-61，國立中興大學法律學系碩士論文。

式審查，該會議常須於半個工作天內討論超過 10 個案例，除初審醫師外，其他委員實難以深入了解具體醫療細節，使醫事鑑定小組會議易流於形式。

管見以為，各專科醫學會亦有接受司法單位之鑑定申請，以台灣急診醫學會為例<sup>118</sup>：受理鑑定申請後，學會選派三名鑑定委員審閱資料，並分別提出初步意見書，在召開共識會議後，經學會法律顧問與常務理事會議確認，方形成最終鑑定意見。不論在醫學專業的客觀性、國內整體醫療水準的定位與實質鑑定事項的深入討論上，各專科醫學會鑑定應為較可行與適當之方向。

四、此判決雖經最高法院兩度發回更審後平反，但單純救人優先的心肺復甦術蒙上可能導致嚴重傷害甚至致死，「好心」的見義勇為者也可能因司法體系囿於無急救醫學專業判斷能力，在面臨不同鑑定機關南轅北轍的鑑定意見時，難以發現真實，並從嚴認定，影響所及當然會對「全民 CPR」的推廣投下沮喪的震撼彈。

### 第三節 小結

本文以為，欲解決「民眾為緊急醫療救護」所衍生之後續法律爭議，甚至因對於見義勇為者之過度法律苛責，而摧毀國人於急難現場的惻隱之心，立法者如能援引英美法系之「善良撒瑪利亞人法」，於我國之緊急醫療救護法明確規範，並由政府帶頭宣導，綜合上述三判決之分析，應是可行之道。

「善良撒瑪利亞人法」在實質上涵蓋兩層共通的意義<sup>119</sup>：

一、救助義務 (Duty to Assist)：凡於急難現場，知悉他人陷於身體或生命危險者，在自己或他人安全無虞的情形下，應對於身陷危險者合理的援助。合理的援助包括獲得或試圖獲得執法或醫療人員的援助。任何人違反此一義務，將有刑事責任。

<sup>118</sup>台灣急診醫學會訂有醫療爭議審議案件處理作業辦法，如附錄四。

<sup>119</sup>王宗倫，前揭註 57 文，頁 24。

二、責任豁免 (General immunity from liability) : 凡於急難現場或轉送專業醫療機構過程中，任何人基於出於善意、不求回報，而給予急難照護、輔導或協助，將絕對受到法律保護，豁免相關刑事及民事責任。其例外在於施救者有故意或重大過失，導致輕率的急難照護、輔導或協助，仍須究責。至於基於職務義務者，如醫療人員或緊急醫療救護技術員，亦多排除在責任豁免在外。

其本意在鼓勵一般民眾勇於見義勇為與施行緊急醫療救護，法律也降低對於無義務者的責任要求，盡可能排除其後顧之憂。

本文建議，國內亦應在立法配套下，無義務民眾於急難現場，既有救助義務，違者將予以處罰（依本文前章節所論述，以行政罰較為妥適）；亦有責任豁免，見義勇為者施行緊急醫療救護時若有輕過失，原則豁免相關刑事及民事責任。則國內欲推行全民CPR與改善緊急醫療救護品質，方有釜底抽薪積極進展的機會。

故本文建議在緊急醫療救護法第二章「緊急醫療救護體系」第14之一條（前述本文建議之新增條文）之後，將私人出於善意、不求回報而參與緊急醫療救護或災害搶救時，如產生輕過失，得豁免相關刑事及民事責任。條文內容可仿效英美法系之「善良撒瑪利亞人法」之精神與內容，即民眾若遇緊急傷病而施行救助，或自動參與災害搶救者，除有故意或重大過失者外，不應接受刑事處罰，亦不應負擔損害賠償之責，以立法手段解除見義勇為者的後顧之憂。

## 第六章 民眾納入緊急醫療救護體系之必要性

本章主要是在論述民眾納入緊急醫療救護體系於醫療上與社會上的必要性。從醫療實務角度切入，因本人在急診室工作，長期觀察現行我國的緊急醫療救護運作，結果是相當令人憂心與不滿意的。

### 第一節 從醫學面向探討必要性

急性冠狀動脈心臟病，在美國每年約造成 33 萬人次的到達醫院前與在急診室的心因性猝死<sup>120</sup>。而這類病患可以存活至出院的比例，國際上統計的平均值頗低，只有約 6%<sup>121</sup>。但在我國卻只有約 1-2% 的存活率，而我國這些存活者也絕大多數合併相當嚴重神智缺損。如此大的落差，在於國外對於一般民眾使用該簡單救助設備(如自動體外去顫器，automatic external defibrillator, AED)比率高，且民眾在該國法律和教育的薰陶之下，多半會施予救助。而該救助設備使用方式又相單簡易，即使是沒有醫療專業知識的一般民眾皆可操作。所以在醫學上，將民眾納入緊急醫療救護體系，不僅在實際運作上相當可行，且又有助於整體醫療救助品質的提升。國家基於對生命權的重視，與因為猝死病患迅速獲救所節省的巨額健保支出，將民眾納入緊急醫療救護體系當然具有醫療上的必要性。

#### 第一項 私人參與緊急醫療救護的醫學根據

---

<sup>120</sup> Currents in Emergency Cardiovascular Care, Volume 16 Number 4 Winter 2005-2006

<sup>121</sup> Fredriksson M, Herlitz J, Nichol G. Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: A review of studies conforming to the Utstein guidelines. Am J Emerg Med. 2003;21:276-281.

Nichol G, Stiell IG, Hebert P, Wells GA, Vandemheen K, Laupacis A. What is the quality of life for survivors of cardiac arrest? A prospective study. Acad Emerg Med. 1999 Feb;6(2):95-102.

在評估是否有必要透過立法手段，將民眾納入緊急醫療救護體系之前，我們須先了解有關急救的客觀統計數字<sup>122</sup>：

一. 突發性心臟停止：

1. 在美國，每年緊急醫療救護系統處理約 30 萬名發生到院前突發性心臟停止的病人。
2. 到院前發生突發性心臟停止的病人，僅有不到百分之八得以存活。
3. 突發性心臟停止可發生在任何人和任何時候。許多病人先前仍很健康、無心臟疾病或其他危險因素。
4. 突發性心臟停止不同於一般的心臟病發作，它發生在心臟的節律突然變為快速或混亂，導致心臟突然停止跳動。
5. 心臟病發作時，常導因於供應部分心臟肌肉的血流受到阻礙。心臟病發作可能會導致突發性心臟停止。

二. 心肺復甦術 (CPR)

1. 到院前突發性心臟停止的病人中，只有不到三分之一可以得到旁觀者予以施行心肺復甦術。
2. 旁觀者在病人突發性心臟停止後，立即施行有效的心肺復甦術，可以讓病人的生存機會變為兩倍或三倍。
3. 美國心臟協會每年訓練超過1200多萬人學習心肺復甦術，包括醫療保健專業人士和普通民眾。
4. 最有效的按壓速率是每分鐘大於100次的胸外按壓。

---

<sup>122</sup>美國心臟醫學會網站，

[http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/WhatisCPR/CPRFactsandStats/CPR-Statistics\\_UCM\\_307542\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/WhatisCPR/CPRFactsandStats/CPR-Statistics_UCM_307542_Article.jsp) (最後瀏覽日：03/25/2011)。

以美國心臟醫學會所公布的醫學統計數字為基準，是因為我國急重症醫學界所共同建議之急救指引：高級心臟救命術(Advanced Cardiac Life Support)，即是根據美國心臟醫學會召集國際性急重症專家所共同制定之 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations。

### 三. 自動體外去顫器 (AED)

1. 突發性心臟停止的病人中，除非在數分鐘內提供心肺復甦術和去顫術，否則少有成功存活的案例。
2. 即使是已進行心肺復甦術，使用AED以進行除顫術才有機會停止異常的心律，並使病人恢復正常心律。
3. 科技的進步與人性化的設計，已經使AED的操作更加簡單和方便。清晰的語調和外觀按鍵，告訴操作者在進行心肺復甦術時如何使用AED，如果病人須要時，AED才會在偵測後，給予去顫電擊的指示。
4. 在美國，AED現在已廣泛地配置在學校，機場和工廠等公共場所。

### 四. 少年/青少年

1. 每年有 5900位18歲以下之少年或青少年，發生到院前突發性心臟停止，其中包括各種原因：如外傷、心血管疾病和嬰兒猝死症候群。
2. 在美國，高中生運動員發生到院前突發性心臟停止致死的發生率約為 0.28至1人/每10萬高中生運動員。
3. 美國心臟協會並沒有規範可以學習心肺復甦術的最低年齡。進行心肺復甦術的能力比較重要的是身體的力量，而不是年齡。
4. 研究證實，孩子即使年僅 9歲，也可以學習和執行心肺復甦術。

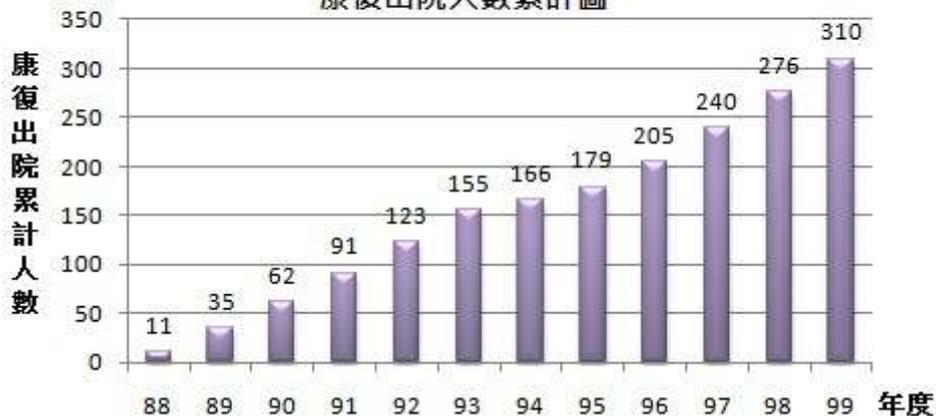
以上四大類統計數字，是主導與訂定多數國家遵循之急救流程的美國心臟科醫學會所發布。國內雖然沒有可以完全對照的研究統計數字，但數項研究的成果對於了解台灣緊急醫療救護現況，亦有不少助益。如台北市於西元 2000 年開始全面使用 150 焦耳固定能量之雙向自動體外電擊器，做為院外心跳停止患者的標準治療之一。與過去的研究相比，此治療方式提高了整體患者存活至出院的機會。由於實證醫學觀念的影響，治療到院前心跳停止患者及急救的概念仍持續進步改變中，足夠的心肺復甦急救，特別是有效的胸部按壓，是改善急救患者預後最重要的因素之一<sup>123</sup>。另外依台北市

<sup>123</sup>黃建華等 (2006)，〈台北市到院前心跳停止患者之特性與處置之新進展〉，Acta Cardiol

消防局的統計<sup>124</sup>，到院前心肺功能停止(Out of Hospital Cardiac Arrest, OHCA)患者康復出院人數，經由消防局持續的針對緊急救護技術員(EMT)的在職教育訓練、考核與精進救護能力，呈現逐年上升的趨勢<sup>125</sup>，結果顯示如下。

年 度	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
康復出院 累計人數	11	35	62	91	123	155	166	179	205	240	276	310

臺北市政府消防局急救心肺功能停止(OHCA)患者  
康復出院人數累計圖



Sin 2006;22:53-7。

<sup>124</sup>台北市消防局，[http://www.tfd.gov.tw/cht/index.php?act=firstaid\\_list&code=month\\_list](http://www.tfd.gov.tw/cht/index.php?act=firstaid_list&code=month_list)，2011年4月28日造訪。

<sup>125</sup>黃建華等，前揭註123文。

這樣的結果所透露出的明確訊息是，在緊急醫療救護中，即使是最嚴重的到院前心肺功能停止患者，經由急救的努力，是有機會可以得到令人鼓舞的成果。

綜合上述實證醫學的證據，一般成人突發緊急傷病，導致到院前心肺功能停止，急救成功與否的生存之鏈有五<sup>126</sup>，分別是：

1. 立即確認心臟停止 並啟動緊急應變系統；
2. 儘早 CPR，並強調先作 胸部按壓；
3. 進行快速去顫；
4. 有效高級救命術；
5. 整合的心臟停止後照護。

其中最重要的步驟，是目擊之民眾在第一時間能否立即確認心臟停止並啟動緊急應變系統(打 119 電話)；與儘早 CPR，先作胸部按壓。

由此可見，私人參與緊急醫療救護，有實證醫學的明確根據，即使是透過非專業的一般民眾，給予緊急傷病患和猝死者簡單的胸部按壓等 CPR 之急救措施，可以產生巨大的成效(讓病人的生存機會變為兩倍至三倍)。

## 第二項 我國到達醫院前急救案例的統計數據

法律隨時代的的進展，當然也需要科學化的分析統計，幫助立法者制定具備社會改革效果的生活規範。根據國內康健雜誌 117 期的報導<sup>127</sup> (統計資料來自消防署)：

1. 在台灣，平均 53 秒，就有一位百姓向「119」呼救；平均每天救護超過 1600 人。

<sup>126</sup>Mary Fran Hazinski,RN,MSN (2010),〈Highlights of the 2010 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC〉,page 2,American Heart Association.

<sup>127</sup>康健雜誌，2008 健康城市大調查 補強 119 緊急救護網，2008 年 8 月 1 日。

2. 但縣市間的急救成果則落差懸殊，台北市的初步急救成功率 23.34%，成功急救 451 人；其中 221 位原本心跳停止的病患健康走出醫院，全國第一。反觀苗栗縣最低，2007 年共發生 287 個無呼吸心跳患者求救，卻 1 個都沒有急救成功。
3. 縣市間評比位居第二的台南市，推行全民 CPR 成果豐碩，從 2003 年推廣至今，已超過 30 萬人學過 CPR，全國平均會做 CPR 的民眾不到 5%，台南市卻有 17.4% 的到院前心跳停止病患，在 119 到達前接受民眾的 CPR。
4. 四大關鍵，搶救危急生命

搶救生命就像一場接力賽，前兩棒要靠全民的參與，後兩棒交給專業的救護人員來衝刺，才有機會跑贏死神。掌握四大關鍵，人人都可以救人一命！

關鍵一：撥「119」不要急著掛電話：

不要急，你在對話的同時救護車就已經出發了。請提供足夠資訊，例如：「地」－詳細地址？「事」－發生了什麼事？車禍？疾病？跌倒？「人」－傷患人數？病人清醒嗎？有無呼吸？年齡？性別？「時」－發生多久了？「物」－附近的明顯標的物？另外，遵照線上指導，在救護人員抵達前，你也可執行 CPR 的方法、誤食等簡易救護。

關鍵二：趕快去學 CPR

美國西雅圖有 80% 的民眾會 CPR，台灣卻不到 5%。不必擔心做錯了反而害人。衛生署醫事處處長石崇良大聲疾呼：「對於已經沒有呼吸心跳的人，你什麼都不做他就是死亡，你做了，他就有機會活下來。」

關鍵三：珍惜救護資源

不是緊急情況，千萬別把救護車當免費的計程車，全國每天有近 2000 人需要緊急救護，你佔用了，就會耽誤真正急需用的人。「自己走到消防分隊，要求坐救護車去醫院。」「打個噴嚏就要去掛急診。」等，都是濫用救護資源的真實案例。

關鍵四：全民 AED 的實現：

有「傻瓜電擊器」之稱的 AED (自動心臟電擊器，Automatic External Defibrillator)，是搶救心跳的利器。因為操作簡單，在歐美、日本等國家的公共場所都有，就像滅

火器一樣擺在明顯的位置。然而，目前在台灣只允許醫護人員及救護技術員使用 AED，救護人員往往難以在 5 分鐘內趕到現場，錯失電擊的黃金時間。有鑑於此，醫界建議仿效歐美等先進國家推廣全民 AED 的使用，石崇良處長表示，政府目前已在規劃，期望「全民 CPR」加上「全民 AED」，能使到院前緊急救護，更往前邁一大步。

另外根據內政部消防署的統計<sup>128</sup>：為擴大全民學習心肺復甦術（CPR）成效，該署自 97 年起研擬推動民眾學習心肺復甦術（CPR）訓練計畫，初期由臺北市等 8 個縣市參與試辦，由於成效良好，98 年並推廣至全國各縣市，99 年更擴及至「村里」。截至 99 年 12 月 31 日止，經訓練合格並由本署發給 CPR 指導員講習證明者合計有 7,836 人、完成 CPR 推廣實施團體登錄數累計達 1,718 個、後續完成 CPR 訓練及由各消防機關核發訓練證明者累計達 191,479 人。

簡而言之，到院前的心肺復甦術與急救訓練，可使一般民眾即可成功的擔負起第一時間的急救任務；而從各縣市急救成果的大幅落差可知：務實法律的制定與政策的有效推行，是可以讓台灣的急救成果急起直追，讓更多寶貴生命有機會重現生機。

## 第二項 衛生署根據實證醫學制訂關於民眾急救的指引

1. 依據行政院衛生署 100 年 1 月 17 日衛署醫字第 1000260132 號公告函辦理。
2. 美國心臟學會於 2010 年 10 月公布新版心肺復甦術（CPR）指南，將原本步驟 A-B-C（確認呼吸道、呼吸、胸部按壓），修改簡化為 C-A-B（胸部按壓、確認呼吸道、呼吸）。
3. 國內推廣 CPR 已行之有年，一般民眾均不陌生，但遇到突發狀況時，往往因緊張而忘記步驟，甚至對於人工呼吸心生恐懼，導致憾

---

<sup>128</sup>內政部消防署網站，<http://www.nfa.gov.tw/Show.aspx?MID=63&UID=64&PID=63>（最後瀏覽日：04/01/2011）。

事發生。行政院衛生署指出，新版特色是「大幅簡化操作流程，人人一學就會」，只要持續胸部按壓，將可大幅提高患者的存活率。只要熟記簡易的步驟，一旦遇到緊急情況，即可救人一命。



民眾版心肺復甦術參考指引摘要表				
行政院衛生署於 99 年 12 月 16 日修訂				
步驟/動作	對象	成人 ≥8 歲	小孩 1-8 歲	嬰兒 <1 歲
(叫)確認反應呼吸		無反應		
		沒有呼吸或幾乎沒有呼吸		
(叫)求救，打 119 請求援助，如果有 AED， 設法取得 AED，進行去顫*		先打 119 求接	先 CPR 2 分鐘，再打 119	
CPR 步驟		C-A-B		
(C)胸部按壓 (Compressions)	按壓位置	胸部兩乳頭連線中央		胸部兩乳頭連線中央 之下方
	用力壓	至少 5 公分	約 5 公分 (胸部前後徑 1/3)	約 4 公分 (胸部前後徑 1/3)
	快快壓	100 至 120 次/分鐘		
	胸回彈	確保每次按壓後完全回彈		
	莫中斷	儘量避免中斷，中斷時間不超過 10 秒		
若施救者不操作人工呼吸，則持續作胸部按壓				
(A)呼吸道 (Airway)		壓額提下巴		
(B)呼吸 (Breaths)		吹兩口氣，每口氣一秒鐘，可見胸部起伏		
按壓與吹氣比率		30 : 2		
		重複 30 : 2 之胸部按壓與人工呼吸， 直到傷病患會動或醫療救護人員到達為止		
* (D)去顫(Defibrillation)		盡快取得 AED		
	要用成人的電擊貼片	1 至 8 歲的小孩用小孩 AED 的電擊貼片， 如果沒有，則使用大人的 AED 及電擊貼片	執行手動電擊，如果沒有，則使用小兒貼片執行電擊，如果沒有，則使用標準 AED 執行電擊	

## 第二節 從社會需求面向探討可行性

透過法律手段將民眾納入緊急醫療救護體系，讓病患於醫院外的地點發生猝死事件時，有機會立即有具備作為義務者的民眾（如場所管理者、密切之共同生活關係者、危險共同體、教師、危險源監督者及施行危險前行為者等）與無義務的目擊者，立即施予簡單易行的心肺復甦術，馬上可以大幅提升猝死病患的存活率。

就立法的經濟性、公益性與比例原則而言，雖然緊急醫療救護義務的規範限制了民眾「見死不會救」、「見死不願救」與「見死不敢救」等自由，但是國家基於對生命權的重視，與因為猝死病患迅速獲救，所節省的巨額醫療與後續照護支出，將民眾納入緊急醫療救護體系兼具有醫療上與社會上的必要性。

### 第一項 私人參與緊急醫療救護的社會需求

事實上，在緊急醫療救護法體系中納入民眾責任，是有其絕對必要性，在報章上不時披露倒臥街頭的車禍或疾病患者，因乏人聞問而斷魂。諸如「摔車臥軌兩分半，無人搭理騎士輾斃<sup>129</sup>」，新聞概要為：「屏東縣一名機車行老闆，深夜回家時，經過鐵路平交道，疑似因為視線不良，撞上柵欄，人躺在鐵軌上，無法動彈足足2分半鐘的時間，其間共有3部機車、3輛轎車經過，竟然都沒人伸出援手，結果這名男子竟然活活被火車撞死，男子父親無奈地表示，要是其他的人可以出手幫忙，他的兒子也許還能活著，這個社會的冷漠也讓人心寒。」

當然這樣的案例不會是單一個案，怵目驚心者亦比比皆是，如「騎士遭輾，15名路過駕駛見死不救<sup>130</sup>」，新聞如下：「基隆商工

<sup>129</sup> 今日新聞網，<http://www.nownews.com/2009/10/19/11490-2521462.htm>，2010年10月8日造訪。

<sup>130</sup> 中時電子報，<http://blog.udn.com/alexandroslee/4011058> 轉載，2010年10月8日造訪。

余姓夜校生四月廿七日夜間騎機車經過路口時，遭對向車道正要左轉的自小貨車輾斃。肇事者逃離現場，隨後路過的十五輛機、汽車駕駛也視若無睹，加速離去。直到路過的楊姓駕駛把自小客車擋在路中央，才避免學生再遭輾。」

但冷漠的社會最終也要你我共嘗苦果，如「男見死不救，遇襲者竟是自己妻<sup>131</sup>」，新聞內容如下：「嘉義市香湖里一名男子日前深夜打電話請太太載他回家，但過了許久始終未見妻子前來，等不到人的他沿著產業道路走回家，途中聽到疑似婦女遭人襲擊求救的聲音，卻因害怕而充耳不聞，返家後發現妻子不在家，回頭尋找竟看見妻子倒臥路旁，才驚覺剛剛求救的婦女就是自己的妻子，讓他後悔不已。據警方透露，嫌犯疑似使用木棍與石頭攻擊婦人頭部，造成被害人腦部重創、顱內出血，送往醫院後仍昏迷不醒，情況不樂觀，目前仍在嘉基醫院加護病房觀察當中。」

車禍或其他外傷意外，亟需旁人於第一時間伸出援手的事件幾乎每天都在各地發生，大部分的傷患其實還是有得到好心人伸出援手，雖然未必及時，但總是顯示社會還是有互相扶持的力量。但令我們憂心的是如果層出不窮的冷漠歪風，不斷披露於報端；好心的見義勇為者，反而惹禍上身；社會正義的輿論導引力量畏縮不明；再加上政府僅死守「尊重個人自由」的鴛鴦心態。上述的悲慘案例不但仍將不斷上演，也難保當厄運降臨你我時，我們也變成無人聞問的街頭冤魂。

至於非外傷性的心因性猝死，民眾可能會疑惑猝死發作的機率應該相當低，真有需要大費周章的要求一般民眾負擔急救的責任嗎？對此，再提出一個學術上的統計數據供讀者參考：在美國，每年急性冠狀動脈心臟病約造成330000人到醫院前的心肺停止與死亡（Coronary heart disease is responsible for an estimated 330000 out-of-hospital and emergency department (ED) deaths

---

<sup>131</sup> TVBS新聞，

[http://www.tvbs.com.tw/NEWS/NEWS\\_LIST.asp?no=chen198720101008191641](http://www.tvbs.com.tw/NEWS/NEWS_LIST.asp?no=chen198720101008191641)，2010年10月8日造訪。

in the United States each year<sup>132</sup>。)可以想見的是，急性冠心病這個現代人的頭號殺手，在台灣雖然雖然沒有精確的數字呈現奪走多少寶貴生命，但台灣各縣市，每天總共約有100人次，發生到院前心肺停止而急需心肺復甦術救命<sup>133</sup>，難道不值得我們投注更多心力，避免更多的憾事發生。

如前述美國心臟科醫學會出版的高級心臟救命術，針對猝死病人的急救準則(2003):當病患因心律不整而猝死時，若旁人及時的(小於兩分鐘內)施行心肺復甦術(CPR)，存活率將從0-2%上升至2-8%，甚至及時以心肺復甦術為基礎再加上電擊去顫術，存活率更可陡升至30%以上<sup>134</sup>。而即時的施行CPR，因為地理位置與交通問題，當然無法期待專業的一一九救護人員或醫護人員立即出現，現場週遭的家人、朋友或其他一般民眾，才是最有可能相助的貴人。

悲哀的是，依筆者長期在急診室工作的經驗，猝死病人在醫院外的發病現場，能在一一九救護技術員到達現場前，接受家人朋友或一般民眾CPR的比率，可說少之又少<sup>135</sup>。即使是在推廣「善良撒瑪利亞人」、鼓勵民眾及時伸出援手的美國社會，這樣的比率也只有15~30%<sup>136</sup>。

對一般民眾而言，CPR的施行與否，其實有許多「反射性」的考量因素。「反射性」一詞的使用，實在是能容許決定的時間實在太短了，民眾最常閃過腦海的念頭，常包括：需要CPR嗎？記得CPR怎麼做嗎？做錯了會不會更糟？現場其他人應該有比我行的吧？

---

<sup>132</sup> Highlights of the 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Currents in Emergency Cardiovascular Care, Volume 16 Number 4 Winter 2005-2006, P1。

<sup>133</sup> 同註3。

<sup>134</sup>Weng TI, Huang CH, MA MHM, et al. 前揭註3文。

<sup>135</sup> Tom Aufderheide, etc; A Gamble Worth Talking, ECCU 2008 in Las Vegas, Currents in Emergency Cardiovascular Care, Volume 19 Number 1 Spring 2008, P6。

<sup>136</sup>筆者服務於台灣中部某醫學中心的急診室，一一九救護技術員到達前接受家人或一般民眾CPR的比率經統計小於5%。

非我不可嗎？家屬會不會恩將仇報找麻煩？會有法律糾紛嗎？一連串的疑惑，迫使民眾往往退縮至頂多願意打一一九的電話外，什麼急救步驟也沒做。

筆者希望以積極的手段解決上述的困境，法律並不是只能消極的處理現有的社會病徵，好的立法甚至能夠讓台灣人民健康與生命更有保障，並喚起民眾互助與尊重生命的善念。在立法上將緊急醫療救護法體系納入民眾義務，除了有實證醫學的科學證據支持，國外成功立法經驗更足堪我國效法與借鏡，本文將在第四章介紹美、日、德與鄰近中國之立法例以供參考。

## 第二項 道德法律化的適當性

本文認為「民眾不為緊急醫療救護」應受法律約束，其實是將道德義務的行為要求提升為法律義務。其目的不在苛責人民，而是保障最大多數人之生命身體法益與整體社會法益。

社會由人組成的，社會秩序的維持是所有成員應盡之義務。今日自己對他人見死不救，他日則他人對己見死不救。這樣形成令人悲哀的「彼此、彼此」現象，幾乎是今日台灣社會的寫照。自古見危不救者，個人遭受良心譴責而終日惶惶不安；而今漠不關心與視若無睹者所在多有，甚至經由媒體披露已成社會常態。欲繼續僅以道德良心來約束見危不救者，實乃緣木求魚。事實上，本文在下章介紹之國外立法例中，對見死不救而臨危逃脫者，嚴重者論予刑事科責。我國立法者應正視此問題之重要性，審慎評估「民眾不為緊急醫療救護」，應受法律約束。

「民眾不為緊急醫療救護」的實質內涵是：「意外事故、公共危險或困境發生時需要急救，根據行為人當時之情況有急救之可能，尤其對自己無重大危險且又不違背其他重要義務而不進行急救者<sup>137</sup>」，其實就是坐視他人生命與身體重大損害的發生，即使導致最嚴重的生命終止或身體嚴重傷害結果也不違背其真心，這與加害人或造成危害之人的心理狀態本質上其實沒有很大的差別。

<sup>137</sup>德國刑法第323 條c之條文內容。

換句話說，「民眾不為緊急醫療救護」是故意犯，其見危不救者的主觀惡意（坐視、縱容）遠比過失犯罪更為嚴重，所以本文認為「民眾應為緊急醫療救護」，不僅是道德義務的行為，也有必要提升為法律義務的行為。

就「民眾應為緊急醫療救護」而言，以今日急救醫學之進步，緊急傷病患生命與重要身體健康之維繫，第一時間的主角是在場的不特定民眾，若它們有發揮緊急醫療救護的積極功能，與一一九的緊急醫療救護技術員以及醫院中的醫護人員環環相扣的協力合作，才有機會起死回生與克竟全功。因此，「民眾不為緊急醫療救護」所侵害的併不僅是少數人的生命與身體個人法益，其實是大多數不特定人之共同利益，亦即為社會法益。

### 第三項 社會法益與立法形成自由

立法行為屬於國家公權力的行使，必須受到憲法的約束，當然立法權也須受到違憲審查權的制約。德國公法學界有以「功能最適性」作為分類依據的觀點，提出了階層化「審查密度」的建議，藉由對以往判決的歸納與整理，提出了區分審查密度寬嚴不同的三項審查標準<sup>138</sup>。第一：對於作為審查基準的憲法規範本身具有相當之開放性與不確定性者，如德國基本法之「統一要求」、禁止恣意的一般平等原則，以及一般的憲法原則，採用「明顯性審查」；以內容審查為審查方法，限於明顯錯誤的指摘。亦即立法者所為絕對不得抵觸憲法的最外圍界限；只有當立法決定「明顯」抵觸憲法時，憲法法院始能加以非難。第二：對於主要被用來審查涉及複雜社會事實之經濟性或財稅性立法之案例類型，採用「可支持性審查」，以內容審查為審查方法，是否行為審查則有疑義。亦即立法者所為的評價決定，必須合乎事理並可加以支持。第三：對於涉及個人自由權核心範圍之類型，如生命權、人身自由權；對於民主政治具有直接關聯性之基本權類型，如言論自由、集會自由；以及其他對基本權干預強度較強之類型，採用「嚴密內容審查」；以內容審查為審查方法，只要證明立法決定的正確性存有合理懷疑即可。亦即立

<sup>138</sup>許宗力（2007），《憲法與政治。憲法與法治國行政》，頁49，台北：元照。

法者所為事實論斷或者預測決定，必須具有充分的真實性或相當之可靠性，若有疑義舉證責任則由立法機關負擔。

所以在我國的釋憲實務（包括各種法律是否違憲問題）上，有四項要點必須加以考量：1. 「所涉及之事務領域的特性」、2. 「作成充分判斷的可能性」、3. 「相關法益之重要性」、4. 「系爭法規對基本權的干預強度」<sup>139</sup>。

本文探討「民眾不為緊急醫療救護」應受到法律約束，因其「所涉及之事務領域特性」有強制人民不得於緊急醫療事件發生時任意不作為；就「作成充分判斷的可能性」方面議者常認為急救行為專業性太高，一般人民恐難及時判斷與正確作為；就「相關法益之重要性」則涉生命身體重大法益、社會法益之保護與個人自由法益之限制；於「系爭法規對基本權的干預強度」乃屬干預程度較高者；在立法形成自由下，應採「嚴密內容審查」。而本文希望提供給立法者充分真實與可靠之論證，「民眾不為緊急醫療救護」的行為，具有對不特定他人生命與身體健康法益的故意忽視，與社會法益的侵害性。

法律之於法益保護，因時代之變遷而逐漸有宏觀之勢。如環境刑法及著作權法等特別刑法，即為適例。立法者因為環境問題持續惡化，認為僅在行政法中規定，不足以防制公害，乃有環境刑法。而我國「著作權法」亦對違反者訂有刑事罰則，意圖營利而以重製他人著作，得判處五年以下有期徒刑？但以著作權為「個人法益」之「人格法益」或「財產法益」，似乎皆未超過「民眾不為緊急醫療救護」所侵害之「生命法益」及「身體法益」。「民眾不為緊急醫療救護」本質上是一種「危險犯」，與緊急傷病者生命、身體之危險升高具有絕對關係；因其客體為不特定時地之不特定人，實即整體社會法益。

本文論述「民眾不為緊急醫療救護」優先於緊急醫療救護法中

<sup>139</sup>蘇彥圖（1998），《立法者的形成餘地與違憲審查－審查密度理論的解析與探討》，頁114，台大法律研究所碩士論文。

規範，擇行政法而捨刑法，主要是刑法規定的法律效果，在所有的法規範中對人民的侵害是最嚴厲也是最徹底的，刑法有最後手段性的要求，即若有刑法以外的制裁手段，亦能有效防制不法行為時，應避免使用刑法；立法者必須經過慎重的考慮，始得將不法行為犯罪化<sup>140</sup>。目前國內對於無義務之民眾不為緊急醫療救護完全沒有約束，欲一步到位，因其冷血無情不顧他人死活，雖難見容於人性倫理，但繩之以刑事論罪，亦恐與大多數民眾之法感有相當距離。

### 第三節 小結

既然衛生署業以公布最新的民眾版心肺復甦術參考指引（行政院衛生署於99年12月16日修訂），明白表示即使是非專業的一般民眾，也可以輕易地完成心肺復甦術訓練，並且該心肺復甦術(CPR)訓練早已是九年國民教育學生的基本能力之一（本文第七章將有更深入之論述）。實則無義務之民眾納入緊急醫療救護體系，既有實證醫學上的必要性，亦有社會需求上的可行性，加諸於民眾之負擔亦不高，本文極力表達此主張的積極意義。

---

<sup>140</sup>林山田，前揭註37書，頁60。

## 第七章 緊急醫療救護的實證醫學研究發現

### 第一節 實證醫學的內涵

所謂實證醫學，其方法包括：

1. 整理出可以回答的議題 (Asking an answerable question) ，
2. 尋找文獻證據 (Tracking down the best evidence) ，
3. 嚴格評讀文獻 (Critical appraisal) ，
4. 應用於臨床病患 (Integrating the appraisal with clinical expertise & patients' preference) ，
5. 對過程進行稽核 (Auditing performance in step 1-4) <sup>141</sup>。

而根據實證醫學證據等級的分類<sup>142</sup>，

**Class I** 代表：情況是對一個給定的實驗室程序或治療，有證據或普遍的認同其是有益和有效的。(Conditions for which there is evidence and/or general agreement that a given laboratory procedure or treatment is useful and effective.)

**Class II** 代表：情況是對一個給定的實驗室程序或治療的實用性和有效性，有矛盾的證據或有分歧意見。(Conditions for which there is conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of a laboratory procedure or treatment.)

**Class IIa**：證據和建議支持其具有有效性和功效。(Weight of evidence/opinion is in favor of usefulness/efficacy.)

---

<sup>141</sup> 邱文達、陳杰峰。實證醫學：臨床流行病學方法之應用。第 14 至 15 頁。

<sup>142</sup> 美國國家指引交換所(National Guideline Clearinghouse™ NGC)網站，  
[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=11694](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11694)，2010 年 6 月 15 日造訪。

**Class IIb:** 證據和建議不太支持其具有有效性和功效。

(Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.)

**Class III** 代表：情況是對一個給定的實驗室程序或治療，有證據或普遍的認知其是無益和無效的，甚至在有些個案中是有害的。

(Conditions for which there is evidence and/or general agreement that the laboratory procedure/treatment is not useful/effective and in some cases may be harmful.)

當一個成人心臟驟停時，他的生存與否，最主要依賴立即獲取來自旁人的心肺復甦。不幸的是，那些在家裡、工作中或在公共場所發生心臟驟停時，只有少於三分之一的人可以得到急救的幫助<sup>143</sup>。其中很重要的原因是，大多數旁觀者擔心他們可能做錯事，或讓事情變得更糟。

但是根據美國心臟科醫學會根據實證醫學從 2008 年開始的準則，任何一個民眾只要他願意，僅有兩個簡單的步驟即可開始救人性命，第一是打電話給一一九；第二是在病患胸部的正中央適度用力與快速按壓<sup>144</sup>。上述準則是根據美國心臟科醫學會的心血管急救委員會，於 2008 年 3 月提出公共政策的科學建議<sup>145</sup>，當旁觀者發現成年人在醫院外突發心臟驟停，應儘速採行只有動手（進行胸部按壓）的心肺復甦術。其具體內容包括：

當一個成年人突然猝倒，不論是曾受訓練或未受訓練的旁觀者，應該立即啟動社區的緊急醫療反應系統（如撥打 119），並提供高品質的胸部按壓，即在病患胸部的正中央適度用力與快速按壓，盡量減少中斷（**Class I**）。

---

<sup>143</sup> 美國心臟科醫學會網站，<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3060861>，2011 年 3 月 29 日造訪。

<sup>144</sup> 美國徒手急救學會網站，<http://handsonlycpr.org/>，2011 年 3 月 29 日造訪。

<sup>145</sup> Circulation. 2008;117:2162-2167。

如果一個旁觀者未曾受心肺復甦術訓練，那麼該旁觀者應提供只有動手的心肺復甦術（Class IIa）。該救援者應繼續操作只有動手的心肺復甦術，直到自動體外去顫器到達並已準備好可使用，或緊急醫療救護(EMS)技術員接手照顧患者。

如果一個旁觀者已曾受心肺復甦術訓練，並且他（她）對於提供人工呼吸時可以盡量不中斷胸部按壓很有信心，那麼該旁觀者可以提供傳統的心肺復甦術（使用壓胸-換氣比例為 30:2，Class IIa）；也可以提供只有動手的心肺復甦術（Class IIa）。該救援者應繼續操作心肺復甦術，直到自動體外去顫器到達並已準備好可使用，或緊急醫療救護(EMS)技術員接手照顧患者。

如果一個旁觀者已曾受心肺復甦術訓練，並且他（她）對於提供傳統的心肺復甦術包括高品質胸部按壓（例如需按壓適當速度和深度，盡量不中斷）和人工呼吸並沒有很有信心，那麼該旁觀者應提供只有動手的心肺復甦術（Class IIa），直到自動體外去顫器到達並已準備好可使用，或緊急醫療救護(EMS)技術員接手照顧患者。

## 第二節 2010 年美國心臟學會 CPR 與 ECC 準則提

### 要<sup>146</sup>

本節摘要列出 2010 年 AHA CPR 與 ECC（緊急心臟照護）準則中的重要問題，主要針對基本救命術（BLS）中會影響所有施救者的問題。

- 一、雖然 2005 年 AHA CPR 與 ECC 準則的施行帶來更好的 CPR 品質和最佳的存活率，胸部按壓的品質仍需要改善；
- 二、各個緊急醫療服務系統（EMS）之到院前心臟停止病患存活率有相當的差異；

---

<sup>146</sup>美國心臟科醫學會網站，

[http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_317347.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317347.pdf)，2011 年 3 月 29 日造訪。

三、大部分到院前突發性心臟停止病患並沒有接受任何旁人 CPR。

2010 年 AHA CPR 與 ECC 準則中建議的改變，目的在嘗試解決這些問題，同時透過將重點改為放在心臟停止後照護上，以作出改善心臟停止結果的相關建議。

### 第一項 影響所有施救者的重要問題

一、持續強調高品質 CPR 的重要性

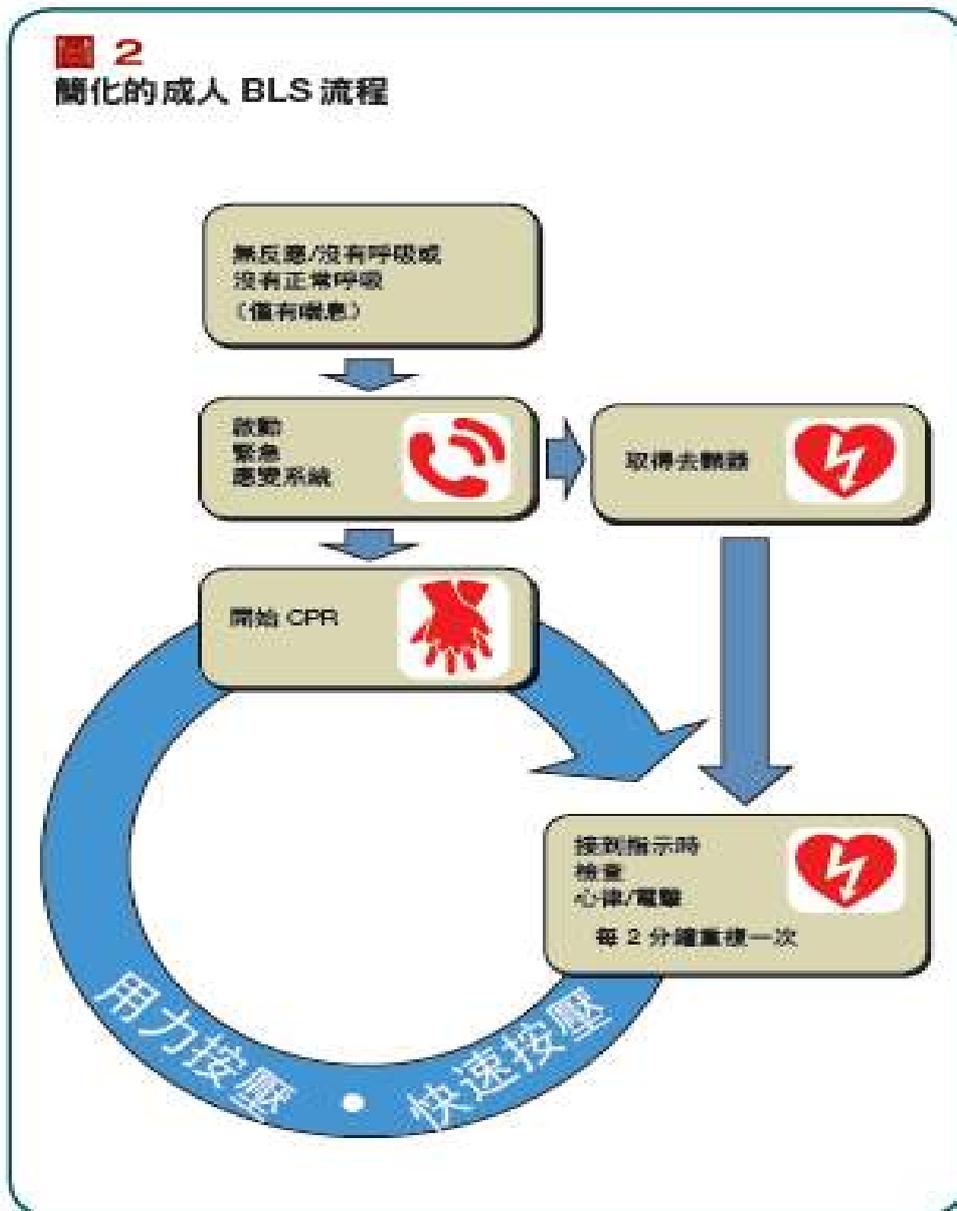
1. 至少 100 次/分鐘的按壓速率。
2. 成人按壓深度至少 5 公分；嬰兒和兒童按壓深度至少為胸部前後徑尺寸的三分之一（嬰兒約為 4 公分，兒童約為 5 公分）。
3. 每次按壓後確保完全的胸部回彈。
4. 儘量避免中斷胸部按壓的施行。
5. 避免過度通氣。

二、從 A-B-C 的順序變更為 C-A-B

1. 將步驟變為 C-A-B 後，胸部按壓可以較早開始，且通氣的延遲應會減到最短（只花費第一個 30 次胸部按壓週期所需的時間，約 18 秒）。
2. 大部分到院前心臟停止患者沒有接受到任何旁人 CPR。打開呼吸道並提供呼吸是施救者覺得最困難的。以胸部按壓開始進行急救，可能會讓更多施救者願意開始進行 CPR。

### 第二項 非專業施救者成人 CPR

一、已建立簡化的通用成人 BLS 流程。



- 二、對於立即確認和啟動緊急應變系統相關建議所作的精細修正。根據無反應的徵兆，以及當病患無反應且沒有呼吸或沒有正常呼吸(亦即患者僅有喘息)，開始實施CPR。
- 三、「查看、聽和感覺是否有呼吸」已經從流程中移除。
- 四、仍持續強調高品質的 CPR (包括以足夠的速率和深度進行胸部按壓、確保每次按壓後完全的胸部回彈、儘量減少按壓中斷，以及避免過度通氣)。

- 五、單人施救者的建議步驟有所變動，改為在進行急救人工呼吸前開始胸部按壓（C-A-B 而非 A-B-C）。單人施救者應以 30 次按壓開始 CPR，而非先進行 2 次通氣，以減少第一次按壓前的延遲。
- 六、按壓速率應至少為每分鐘 100 次（而非「大約」100 次/分鐘）。
- 七、成人按壓深度已從 1½ 至 2 英吋的範圍變更為至少 2 英吋（5 公分）。

### 第三項 電擊治療

自動體外去顫器(AED)-社區非專業施救者 AED 訓練課程

- 一、建議公共安全先遣出動人員使用心肺復甦術和 AED，以增加院前突發性心臟停止（sudden cardiac arrest, SCA）的存活率。
- 二、2010 年 AHA CPR 與 ECC 準則再次建議於較可能發生有人目擊心臟停止（例如機場、賭場、運動場地）的公開場所建立 AED 計畫。

### 第四項 小結

根據教育部國民教育司所公告之 97 年國民中小學課程綱要（100 學年度實施）<sup>147</sup>，其中在主題軸五「安全生活」中之內涵二：「具備緊急情況處理及急救技能，以降低傷害的嚴重性」，5-3-3-2 明訂「認識並演練遭遇一般急症(如：創傷、溺水、窒息、動物咬傷、中毒、中暑等)時的急救方法(如：止血、包紮、搬運、CPR、哈姆立克法、復甦姿勢等)，並願意參與增進急救技巧的相關計畫。」

相信教育部內國內一時之選的教育與醫學專家，是在深思熟慮之下認為：九年國民教育養成的健全國民，應該具備緊急情況處理及急救技能，實證醫學導引下日趨簡化又有效的 CPR 步驟，應為

<sup>147</sup>教育部國民教育司網站，[http://www.edu.tw/EJE/content.aspx?site\\_content\\_sn=15326](http://www.edu.tw/EJE/content.aspx?site_content_sn=15326)，2011 年 3 月 30 日造訪。

國人所熟知而不畏施行，方是名實相符的教育政策。

本文以為，不論是從實證醫學的研究發現，或者是教育擘畫者的悉心規劃，中華民國國民學習簡單有效的急救技能(當然包含CPR)，對於整體社會之貢獻巨大，於己卻僅是國民教育中的基本能力，吾人當催促立法者儘速將民眾納入緊急醫療救護之體系，以期提升我國到達醫院前緊急醫療救護的成效。



## 第八章 結論與建議

結合實證醫學的明確準則、伴隨國家社會整體利益的需要與容易執行的心肺復甦術流程的更新，本文認為將民眾納入緊急醫療救護體系的時機已經到來。

美國法的「善良撒瑪利亞人法律」並不適合法規名稱與條文內容整套移植我國，畢竟台灣的宗教與法律發展背景與美國截然不同；德國的「不為救助罪」可能有違刑法的「最後手段性」原則之虞，但其條文內涵對於私人參與緊急醫療救護之義務，則頗具參考性。

每天我國有約 100 名民眾處於生死交關，在到院前急需心肺復甦術救助。馬總統的尊翁，與本來即將接任內政部長的廖風德先生都是突發的猝倒病患。但是有效的急救措施，即使年長的阿嬤也可僅透打 119 電話求救，在電話中消防人員教她用簡易的 CPR 急救，幸好阿嬤很冷靜地照著做，就這樣小女嬰回復呼吸心跳<sup>148</sup>。CPR 如此簡單易學，即使在生死交關的緊張時刻，只要願意，任何人都可以施行此救人的神聖任務。

對於生命權的維護，國家應有責任履行對人民的保護義務，在公共場所設置急救器材(如 AED 等)；也要求一定規模的公、民營業者基於場所主人的責任，也應安排員工接受急救訓練與設置急救設備；進而鼓勵與要求民眾承擔急難互助的救援義務。從民眾、業者至政府，從家庭至公共場所，本文期待我國可以建立一個沒有漏洞的社會安全網，讓生命權的維護有最大的可能性。

本文建議在現行緊急醫療救護法中第二章緊急醫療救護體系，立法加入民眾施行緊急醫療救護的義務、民刑事責任的豁免，並加

---

<sup>148</sup>華視影音及圖文新聞網站，

<http://news.cts.com.tw/cts/general/201008/201008180542503.html>，2011 年 7 月 19 日造訪。

訂民眾違反緊急醫療救護義務的行政罰則，如此設計之法制，相對於緊急醫療救護的成效提升與社會法益，當可符合比例原則與公益原則。

茲試擬條文草案如下：

緊急醫療救護法 第二章 緊急醫療救護體系

**第 14 條之 1 (民眾參與緊急醫療救護之義務)**

遇緊急傷病，依據當時情況，現場目擊民眾有急救之可能，於已無重大危險，且與其他重要義務不相牴觸時，有呼叫救援及進行急救之義務。

前項急救措施，以事件當時行政院衛生署公告之民眾版心肺復甦術參考指引為依據。

依法令或契約應照顧、養育或保護而不為急救者，加重處罰。

**第 14 條之 2 (民眾自動參與緊急醫療救護與災害搶救之責任豁免)**

遇緊急傷病，民眾根據前條第一項與第三項施行急救者，除有故意或重大過失者外，不罰，亦不負損害賠償之責。

民眾自動參與災害搶救者，亦同。

本文建議在台灣的緊急醫療救護法制中，明文加入上述民眾參與緊急醫療救護的義務，才能把到院前救護這塊攸關急救成敗的重要拼圖補足。

另外緊急醫療救護法第七章罰則，第四十五條之後，擬建議增訂條文草案如下：

**第 45 條之 1**

民眾違反第十四條之一第一項規定者，處新臺幣五千元以上三萬元以下罰鍰。

民眾違反第十四條之一第三項規定者，處新臺幣七千五百元以上四萬五千元以下罰鍰。

好的立法，是足以改變這個國家的樣貌與實質內涵的。如道路交通管理處罰條例第 31 條第六項：「機器腳踏車駕駛人或附載座

人未依規定戴安全帽者，處駕駛人新臺幣五百元罰鍰。」根據現任衛生署長邱文達教授的研究<sup>149</sup>：「為阻止交通意外發生，收集十幾萬筆機車事故傷亡資料，騎車戴安全帽，可讓腦部傷患住院減少三成三，死亡下降五成六，只要有八成的人騎機車戴安全帽，每年就可挽救一千條人命<sup>150</sup>。」寧可讓神經外科醫師失業，也要讓民眾生命健康更有保障，五百元的行政罰鍰，只因已有充分的實證醫學背書致推動立法成功，也產生極大的社會貢獻。

同樣地，中華民國國民學習簡單有效的急救技能(當然包含CPR)，僅是國民教育中的基本能力，對於整體社會則貢獻巨大。第一時間如能接受民眾的互助急救，除了有一線生機外，因腦缺氧導致植物人機率則大減，健保支出也隨之可大幅降低，吾人當催促立法者儘速將民眾納入緊急醫療救護之體系。

故本文主張在法律上課予民眾有參與緊急醫療救護之義務、參與後責任之豁免、及不作為者之行政罰則。此一主張有實證醫學之清晰證明、有台灣社會的明確需求、有國家應善盡對人民保護義務的明確依據、有國外重要立法例可供借鏡與參考、當然也有對生命權的尊重。期待得以盡己微薄之力，本人願意鋌而不捨，為上述立法之推動與提昇台灣緊急醫療救護成果，持續努力。

---

<sup>149</sup>郭家英、邱文達等(1998)，台灣地區強制騎乘機車戴安全帽之立法對機車事故頭部外傷防治影響，中文摘要，台北醫學院公共衛生學研究所碩士論文。

<sup>150</sup>聯合新聞網網站，[http://mag.udn.com/mag/people/storypage.jsp?f\\_MAIN\\_ID=183&f\\_SUB\\_ID=2120&f\\_ART\\_ID=299236](http://mag.udn.com/mag/people/storypage.jsp?f_MAIN_ID=183&f_SUB_ID=2120&f_ART_ID=299236)，2011年4月12日造訪。

## 參考文獻

### 一、中文部分（依作者姓氏筆劃排列）

#### （一）書籍

1. 大塚仁，馮軍譯，刑法概說各論，中國人民大學出版，2003年。
2. 王澤鑑，民法總則，三民，2010。
3. 甘添貴，體系刑法各論〔第1卷〕，瑞興，2001年。
4. 吳庚，行政法之理論與實用，三民，2003年。
5. 林山田，刑法各罪論（上冊），台大法學院圖書部，2006年。
6. 林山田，刑法通論，台大法學院圖書部，2008年。
7. 林東茂，刑法綜覽，一品文化，2009年。
8. 林鈺雄，新刑法總則，元照，2009年。
9. 邱聰智，新訂民法債編通則（上），輔仁大學法學叢書編輯委員會編輯，2003年。
10. 邱忠義，刑法通則新論，元照，2009年。
11. 邱文達、陳杰峰。實證醫學：臨床流行病學方法之應用，2004年。
12. 洪家殷，行政秩序罰論，五南，2000年。
13. 施啟揚，民法總則，三民，2007年。
14. 前田雅英、董璠輿譯，日本刑法各論6，五南，2000年。
15. 許宗力，憲法與法治國行政，元照，2007年。
16. 黃立，民法債編總論，元照，2006年。
17. 陳新民，行政法學總論，元照，2005年。
18. 張麗卿，刑法總則理論與運用，一品文化，2005年。
19. 張明楷，外國刑法綱要，清華大學出版社，2005年。
20. 郭振恭，民法，三民，2009年。
21. 蔡墩銘，刑法總論，台大法學院圖書部，2009年。
22. 鄭善印，刑事犯與行政犯之區別-德、日學說比較，三鋒，1990年。

23. 韓忠謨，刑法各論，三民，1982年。
24. 魏健利，緊急醫療救護法與實務，鼎茂，2009年。

## (二) 期刊論文

1. 王澤鑑，侵權行為法之體系構成及實務發展（講稿大綱）。
2. 石富元等，區域緊急醫療災難應變指揮中心(EOC)之重大緊急傷患事件運作協調機制探討，2009年。
3. 林山田，論刑事不法與行政不法，國立台灣大學法學叢刑事法雜誌，20卷2期，1976年。
4. 洪家殷，論行政序罰之概念及其與刑罰之界限，東吳法律學報，9卷2期，1996年。
5. 徐國棟，見義勇為立法比較研究，河北法學，2006年。
6. 黃建華等，台北市到院前心跳停止患者之特性與處置之新進展，Acta Cardiol Sin 2006;22:53-7，2006年。
7. 許澤天，論遺棄罪—可予以簡化的刑法罪章，「戰鬥的法律人」林山田教授退休論文集，元照，2004年。
8. 劉春堂，論無因管理，輔大法學二十六期，2003年。
9. 韓忠謨，行政犯之法律性質及其理論基礎，國立台灣大學法學叢，10卷6期，1980年。

## (三) 碩士論文

1. 王宗倫，論民眾不為醫療上急難救助之刑事責任，東吳大學法律學系法律專業碩士班碩士論文，2005年。
2. 李毓珮，醫療糾紛處理機制之探討，國立台北大學法律學系碩士論文，2001年。
3. 林鳳秋，醫療糾紛案件中鑑定書定型化之探討，國立中興大學法律學系碩士論文，1998年。
4. 郭家英、邱文達等，台灣地區強制騎乘機車戴安全帽之立法對機車事故頭部外傷防治影響，台北醫學院公共衛生學研究所碩士論

- 文，1998年。
5. 楊寶珠，台灣緊急醫療救護體系現況探討，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2006年。
  6. 楊勝夫，我國刑法遺棄罪之研究，國防管理學院法律研究所碩士論文，2007年。
  7. 顏瑞成，肇事逃逸罪之研究，國立台北大學法學系碩士班碩士論文，2006年。
  8. 蘇彥圖，立法者的形成餘地與違憲審查－審查密度理論的解析與探討，台大法律研究所碩士論文，1998年。

#### (四)報章資料

康健雜誌 117期，2008年8月。

## 二、英文部分

### (一)書籍

1. Cummins, Richard O.; ACLS: Principles and Practice, American Heart Association (2003).

### (二)期刊論文

1. Aufderheide, Tom etc; A Gamble Worth Talking, ECCU 2008 in Las Vegas, Currents in Emergency Cardiovascular Care, Volume 19 Number 1, Spring (2008).
2. Baumann /Weber; Strafrecht, Allgemeiner Teil, 9.Aufl. (1986).
3. Befeler B; Mechanical stimulation of the heart: its therapeutic value in tachyarrhythmias. Chest. 73:832 – 838(1978).

4. Brandt, Eric A., Comment; Good Samaritan Laws-The Legal Placebo : A Current Analysis, In 17Akron Law Review ( 1983 ) .
5. Caldwell G, Millar G, Quinn E; Simple mechanical methods for cardioversion:defence of the precordial thump and cough version. BMJ. 291:627 - 630(1985).
6. Circulation, Volume 117, Issue 16; April 22(2008).
7. Circulation; 112:IV-12-IV-18. Part 3 · Overview of CPR(2005).
8. Circulation; 112:IV-12-IV-18. Part 7.2: Management of Cardiac Arrest IV-63(2005).
9. Currents in Emergency Cardiovascular Care, Volume 16 Number 4 Winter · P1(2005-2006) .
10. Fodden, D I, Crosby, A C, and Channer, K S; Doppler measurement of cardiac output during cardiopulmonary resuscitation, J Accid Emerg Med. November; 13(6): 379 - 382(1996).
11. Fredriksson M, Herlitz J, Nichol G; Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: A review of studies conforming to the Utstein guidelines. Am J Emerg Med.;21:276-281(2003).
12. Geddes A. et al; Chest Compression Force of Trained and Untrained CPR Rescuers (Cardiovascular Engineering, DOI 10.1007/s10558-007-9029-5)(2007).
13. Gregory, Charles O.; The Good Samaritan and the Bad: The Anglo-American Law, In James M. Ratcliffe(Edited by), The Good Samaritan and the Law, Doubleday & Company, INC, New York, 25s(1966).
14. Hazinski, Mary Fran,RN,MSN; Highlights of the 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, < Highlights of the 2010 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC>,page 2,American Heart Association ( 2010 ) .
15. Long, Patrick J.; The Good Samaritan and Admiralty: A Parable of a Statute Lost at Sea · In 48 Buffalo Law Review ( 2000 ) .
16. Miller, Warren P. and Zimmerman, Michael A.; The Good Samaritan Act of 1966, In James M · Ratcliffe ( Edited by ) , The Good Samaritan

- and the Law, Doubleday & Company, INC, New York, P · 279(1966).
17. Nichol G, Stiell IG, Laupacis A, Pham B, De Maio VJ, Wells GA; A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med.* 34 (pt 1): 517 – 525(1999).
  18. Nichol G, Stiell IG, Hebert P, Wells GA, Vandemheen K, Laupacis A; What is the quality of life for survivors of cardiac arrest? A prospective study. *Acad Emerg Med.* Feb;6(2):95-102(1999).
  19. Point, Stevens WI; The Good Samaritan and the bad: a conference / made possible by Sentry Insurance. Conference on the Good Samaritan Issue ( University of Chicago Law School, 1965).
  20. Präkordialschlägen; Terminating ventricular tachycardias by mechanical heart stimulation with precordial thumps. *Z Kardiol.*; 79:717 – 724 (1990).
  21. Rudzinski, Aleksander W.; The Duty to Rescue: A Comparative Analysis, James M. Ratcliffe edited, the Good Samaritan and the Law, Anchor Books doubleday & Company, INC., Garden City, New York (1966).
  22. Stewart, Melody J.; How Making the Failure to Assist Illegal Fails to Assist : An Observation of Expanding Criminal Omission Liability · In 25 American journal of Criminal Law ( 1998 ) .
  23. Sullivan, Barry; Some Thoughts on the Constitutionality of Good Samaritan Statutes, In 8 Am. J.L. & Med. 27 ( 1982 ) .
  24. Volkman HK, Klumbies A, Kühnert H, Paliege R, Dannberg G, Siegert K; Terminierung von Kammertachykardien durch mechanische Herzstimulation mit Präkordialschlägen [Terminating ventricular tachycardias by mechanical heart stimulation with precordial thumps]. *Z Kardiol.*; 79:717 – 724(1990).
  25. Weng Ti, Huang CH, MA MHM, et al; Improving the rate of return on spontaneous circulation in out-of-hospital cardiac arrest with a reorganized and strengthened emergency resuscitation team. *Resuscitation.*;60:137-42(2004).

### 三、網路資料

1. 內政部消防署網站，  
<http://www.nfa.gov.tw/Show.aspx?MID=63&UID=64&PID=63>
2. 台北市消防局，<http://www.tfd.gov.tw/>。
3. 台灣聖經網網站，<http://www.taiwanbible.com/>
4. 全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>。
5. 法源法律網，<http://db.lawbank.com.tw/>
6. 美國心臟醫學會網站，<http://www.heart.org/>
7. 美國徒手急救學會網站，<http://handsonlycpr.org/>
8. 美國國家指引交換所(National Guideline Clearinghouse™ NGC),網  
站，[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=11694](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11694)
9. 首都見義勇為基金會網站，  
<http://www.cffjc.com.cn/jjh/zcfgdisplay.asp?iid=54>。
10. 教育部國民教育司網站，  
[http://www.edu.tw/EJE/content.aspx?site\\_content\\_sn=15326](http://www.edu.tw/EJE/content.aspx?site_content_sn=15326)。
11. 醫師倫理規範，<http://www.tma.tw/ethical/doc/醫師倫理規範.pdf>

附錄一

緊急醫療救護法 第二章 緊急醫療救護體系 與第七章罰則

修正草案條文對照表

修正草案條文	現行條文	說明
<b>第二章 緊急醫療救護體系</b>	<b>第二章 緊急醫療救護體系</b>	
<p>第五條（緊急醫療救護區域之劃定及訂定全國緊急醫療救護計畫）</p> <p>為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。</p> <p>中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。</p>	<p>第五條（緊急醫療救護區域之劃定及訂定全國緊急醫療救護計畫）</p> <p>為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。</p> <p>中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。</p>	本條未修正。
<p>第六條（緊急醫療救護計畫）</p> <p>直轄市、縣（市）政府應依轄區內之緊急醫療救護資源，配合前條第一項之全國緊急醫療救護計畫，訂定緊急醫療救護實</p>	<p>第六條（緊急醫療救護計畫）</p> <p>直轄市、縣（市）政府應依轄區內之緊急醫療救護資源，配合前條第一項之全國緊急醫療救護計畫，訂定緊急醫療救護實</p>	本條未修正。

<p>施方案，辦理緊急醫療救護業務。</p>	<p>施方案，辦理緊急醫療救護業務。</p>	
<p>第七條（災害及戰爭之預防應變措施） 各級衛生主管機關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；必要時，得結合全民防衛動員準備體系，實施緊急醫療救護。</p>	<p>第七條（災害及戰爭之預防應變措施） 各級衛生主管機關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；必要時，得結合全民防衛動員準備體系，實施緊急醫療救護。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第八條（中央衛生主管機關諮詢或審查事項） 中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查： 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。 二、化學災害、輻射災害、燒傷及空中救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。</p>	<p>第八條（中央衛生主管機關諮詢或審查事項） 中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查： 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。 二、化學災害、輻射災害、燒傷及空中救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>第九條（區域緊急醫療應變中心之組成及辦理業務）</p> <p>中央衛生主管機關應依第五條第二項之緊急醫療救護區域協調指揮體系，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），辦理下列業務：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。</li> <li>二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。</li> <li>三、建置區域內災害醫療資源之資料庫。</li> <li>四、協助規劃災害有關緊急醫療事件之復健工作。</li> <li>五、定期辦理年度重大災害有關緊急醫療之演練。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>八、其他有關區域緊急醫療災害應變事項。</li> </ol> <p>前項第六款與第七款調度、指揮之啟動要件、指</p>	<p>第九條（區域緊急醫療應變中心之組成及辦理業務）</p> <p>中央衛生主管機關應依第五條第二項之緊急醫療救護區域協調指揮體系，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），辦理下列業務：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。</li> <li>二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。</li> <li>三、建置區域內災害醫療資源之資料庫。</li> <li>四、協助規劃災害有關緊急醫療事件之復健工作。</li> <li>五、定期辦理年度重大災害有關緊急醫療之演練。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>八、其他有關區域緊急醫療災害應變事項。</li> </ol> <p>前項第六款與第七款調度、指揮之啟動要件、指</p>	<p>本條未修正。</p>
---	---	---------------

<p>揮體系架構、應變程序及其他應配合事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。</p>	<p>揮體系架構、應變程序及其他應配合事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。</p>	
<p>第十條（地方衛生主管機關諮詢或審查事項）</p> <p>直轄市、縣（市）衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、緊急醫療救護資源規劃及實施方案之諮詢。</li> <li>二、急救責任醫院之指定方式及考核事項之諮詢。</li> <li>三、轉診爭議事項之審查。</li> <li>四、緊急傷病患救護作業程序之諮詢。</li> <li>五、救護技術員督導考核事項之諮詢。</li> <li>六、其他有關緊急醫療救護事項之諮詢。</li> </ol>	<p>第十條（地方衛生主管機關諮詢或審查事項）</p> <p>直轄市、縣（市）衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、緊急醫療救護資源規劃及實施方案之諮詢。</li> <li>二、急救責任醫院之指定方式及考核事項之諮詢。</li> <li>三、轉診爭議事項之審查。</li> <li>四、緊急傷病患救護作業程序之諮詢。</li> <li>五、救護技術員督導考核事項之諮詢。</li> <li>六、其他有關緊急醫療救護事項之諮詢。</li> </ol>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十一條（醫院緊急醫療業務之評鑑制度及督導考核）</p> <p>中央衛生主管機關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。</p> <p>直轄市、縣（市）衛生主管機關對轄區內醫療機構之緊急醫療業務，應</p>	<p>第十一條（醫院緊急醫療業務之評鑑制度及督導考核）</p> <p>中央衛生主管機關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。</p> <p>直轄市、縣（市）衛生主管機關對轄區內醫療機構之緊急醫療業務，應</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>定期實施督導考核。</p>	<p>定期實施督導考核。</p>	
<p>第十二條（救災救護指揮中心之任務） 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項： 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。</p>	<p>第十二條（救災救護指揮中心之任務） 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項： 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。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十三條（救護區之劃分） 直轄市、縣（市）消</p>	<p>第十三條（救護區之劃分） 直轄市、縣（市）消</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>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。</p>	<p>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。</p>	
<p>第十四條（救護隊或消防分隊每隊最基本之配置）</p> <p>前條救護隊或消防分隊，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。</p>	<p>第十四條（救護隊或消防分隊每隊最基本之配置）</p> <p>前條救護隊或消防分隊，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。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第 14 條之 1（民眾參與緊急醫療救護之義務）</p> <p>遇緊急傷病，依據當時情況，現場目擊民眾有急救之可能，於己無重大危險，且與其他重要義務不相牴觸時，有呼叫救援及進行急救之義務。</p> <p>前項急救措施，以事件當時行政院衛生署公告之民眾版心肺復甦術參考指引為依據。</p> <p>依法令或契約應照顧、養育或保護而不為急救者，加重處罰。</p>		<p>本條新增。</p> <p>在緊急醫療救護體系中，立法加入民眾施行緊急醫療救護的義務，有實證醫學與社會需求的明確依據，僅是要求民眾執行國民教育的基本能力，卻能補足我國緊急救護網的巨大缺漏。</p>

<p>第 14 條之 2 (民眾自動參與緊急醫療救護與災害搶救之責任豁免)          遇緊急傷病，民眾根據前條第一項與第三項施行急救者，除有故意或重大過失者外，不罰，亦不負損害賠償之責。          自動參與災害搶救者，亦同。</p>		<p>本條新增。          民眾自動參與緊急醫療救護與災害搶救，法定民、刑事輕過失之責任豁免，免除見義勇為者之後顧之憂。</p>
<p><b>第七章 罰則</b></p>	<p><b>第七章 罰則</b></p>	
<p>第四十五條 (罰則)          有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰：          一、救護技術員違反第二十六條或第二十七條第一項規定。          二、救護人員違反第二十九條或第三十三條規定。          三、救護技術員及其他參與緊急醫療救護業務之機關(構)所屬人員違反第三十五條規定。          四、醫院違反第三十六條第二項所定轉診辦法之轉診要件、方式及應辦理之醫院聯繫與協調事項或第三十七條第二項規定。</p>	<p>第四十五條 (罰則)          有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰：          一、救護技術員違反第二十六條或第二十七條第一項規定。          二、救護人員違反第二十九條或第三十三條規定。          三、救護技術員及其他參與緊急醫療救護業務之機關(構)所屬人員違反第三十五條規定。          四、醫院違反第三十六條第二項所定轉診辦法之轉診要件、方式及應辦理之醫院聯繫與協調事項或第三十七條第二項規定。</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>第 45 條之 1 民眾違反第十四條之一第一項規定者，處新臺幣五千元以上三萬元以下罰鍰。 民眾違反第十四條之一第三項規定者，處新臺幣七千五百元以上四萬五千元以下罰鍰。</p>		<p>本條新增。 本罰則立意不在處罰，故參考第 45 條酌減，但宣示性的要求民眾應負有急難救助義務，否則予以處罰。</p>
--	--	---



## 附錄二

### 緊急醫療救護體系之立法沿革

緊急醫療救護法自中華民國八十四年八月九日經總統公布以來，針對第二章緊急醫療救護體系（第五條至第十四條），分別經過三次修正，分述如下<sup>151</sup>：

第一次修正之理由（中華民國八十九年二月九日公布）：

第五條：

配合臺灣省政府功能業務與組織調整，將第二項之「省（市）、縣（市）政府」修正為「直轄市、縣（市）政府」。

第八條：

一、配合第四條之修正，爰將第一項之「省（市）及縣（市）衛生主管機關」修正為「直轄市及縣（市）衛生主管機關」。  
二、原條文第三項明定省（市）、縣（市）緊急醫療救護諮詢委員會組織規程之訂定一節，因有關地方自治機關組織法規之訂定，現行地方自治相關法規已有明文，毋庸於本法中再作規定，故予刪除。

第九條：

配合臺灣省政府功能業務與組織調整，爰將「省（市）及縣（市）衛生主管機關」修正為「直轄市及縣（市）衛生主管機關」。

第十條：

直轄市、縣（市）消防機構救護指揮中心組織規程之訂定，事涉地方自治機關組織法規之訂定，且查「消防法」於八十四年八月十一日修正施行，其中第十六條業已明定各級消防機關應設救災救護指揮中心，爰刪除第二項。

<sup>151</sup>法源法律網，<http://db.lawbank.com.tw/>，2011年04月25日造訪。

第十一條：

由於九二一大地震造成通訊、道路中斷，導致部分地區救護車無法前往救護，僅能藉助救護直昇機載送傷病患，為當災害發生時能爭取搶救時效，擬增列第六款：「聯絡救護直昇機設置機構執行空中救護業務」，原第六款遞移為第七款。

第二次修正之理由（中華民國九十四年二月五日公布）：

第七條：

- 一、配合災害防救法所定「災害」之範圍，將原條文之「天然災害」修正為「災害」，俾資涵蓋非天災部分之災害，並酌作文字修正。
- 二、為防範各類災害及緊急事故，因資源調度問題，影響災情及緊急事故之處理，造成社會恐慌及經濟危機，爰增列第二項，規定各級衛生主管機關於規劃各類災害及緊急事故之緊急醫療救護時，得結合全民防衛動員準備體系，以增進調度救災救護資源能力。

第三次修正之理由（中華民國九十六年七月十一日公布）：

第五條：

- 一、有關緊急醫療救護業務，雖宜由中央範定具全國一致性之原則、要領，惟其實施仍有由各地方政府因地制宜之必要，為明確中央與地方之分工協力關係，爰修正第一項之計畫名稱。本計畫之內容將包括期程規劃與執行成果檢討機制、中央對促進緊急醫療救護設施與人力均衡發展所應辦理之具體措施及地方政府在訂定緊急醫療救護實施方案所應包含之事項，以達各部門分工清楚、權責分明、各環節連繫良好之功能。
- 二、至於原條文第二項有關地方政府應辦事項，則移至修正條文第六條規定。
- 三、另為加強中央衛生主管機關對全國緊急醫療救護資

源之整合機制，爰增列第二項，規定應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，作為跨直轄市、縣（市）所需之協調溝通機制。

第六條：

- 一、原條文第五條第二項移列修正。
- 二、為使地方政府對緊急醫療救護業務有完整性規劃，爰規定地方政府應依據修正條文第五條第一項之全國緊急醫療救護計畫，訂定因地制宜之緊急醫療救護實施方案。

第七條：

- 一、條次變更，本條為原條文第六條移列，酌作文字修正。
- 二、考量災害種類之多樣性（包括但不限於災害防救法所定各種災害及化學、輻射等特殊災害），為免掛一漏萬以致無法因應實務所需，爰刪除原條文第一項有關災害種類之規定；並與第二項合併規定，使臻簡明。
- 三、所稱災害，將於施行細則中為例示規定。

第八條：

- 一、條次變更，本條為原條文第七條移列，酌作文字修正。
- 二、配合中央行政機關組織基準法第五條第三項有關作用法不得規定機關組織之規定，酌修第一項，改為得邀集一定對象為諮詢或審查，並分款明定其內容。至於第二項則配合刪除。

第九條：

- 一、本條新增。
- 二、為落實修正條文第五條第二項有關整合緊急醫療救護資源、強化緊急應變機制規定，於第一項規定區域緊

急醫療應變中心 (Regional Emergency Operations Center, R.E.O.C.) 機制及應辦理業務。

三、規定區域應變中心之目的在於：

(一) 補強中央衛生主管機關二十四小時監控災害事件發生之能力：災害發生之時間

不分晝夜，地點亦無法預測，透過區域應變中心，可協助中央衛生主管機關快速掌握災情。

(二) 作為中央衛生主管機關統整跨直轄市、縣(市)指揮權之前進指揮所：醫療資源並非平均分布，醫療機構對緊急災害事件之應變容量亦有其限制，需要區域應變中心作為區域級醫療資源整合機制。

(三) 因應未來發展趨勢所需：以醫療體系未來發展而言，跨直轄市、縣(市)轄區之災害發生時，中央衛生主管機關直接介入協助處理有其侷限性，而區域級應變中心有適當資源及資訊，可協助快速因應。

四、此外，區域應變中心與災害防救法所定之「災害應變中心」性質不同，亦存在下列差異：

(一) 成立時點不同：「災害應變中心」係災害發生或有發生之虞時，由各層級行政機關之召集人視災害規模與性質適時開設；而區域應變中心則是自中央衛生主管機關完成委託程序後，即全年、全天執行「主動且即時」監控災害訊息等事項。

(二) 進駐人員不同：「災害應變中心」仍由各層級政府機關人員進駐，直接具有指揮下級機關或民間機構之公權力，區域應變中心則是醫療機構之急診相關醫事人員及醫管人員全年輪值，原則上並不具有指揮、調度之公權力，而係協助中央衛生主管機關調度特定資源或指揮相關人員。

(三) 處理面向不同：「災害應變中心」係以災害類別成立不同型態之指揮體系，凡該災害所影響之損害均屬其處理範圍；區域應變中心則以災害有關緊急醫療之事件為處理面向，處理範圍較小。

五、為使災害發生時，相關調度、指揮事項有明確之機

制可循，爰於第二項授權中央衛生主管機關另訂辦法。  
此一機制必須能與災害防救等  
相關機制相銜接，故未來研訂時，將邀集包括與災害防  
救或緊急醫療救護有關之中央及地方相關機關共同會  
商。

第十條：

- 一、條次變更，本條為原條文第八條移列，酌作文字修正。
- 二、配合中央行政機關組織基準法第五條第三項有關作用法不得規定機關組織之規定，酌修第一項，改為得邀集一定對象為諮詢或審查，並分款明定其內容。
- 三、至於原第二項有關諮詢委員會聯合設置規定，則配合刪除。此一規定，實務上亦從未適用。

第十一條：

- 一、條次變更，本條為原條文第九條移列，酌作文字修正。
- 二、醫療法第二十八條已有中央衛生主管機關應辦理醫院評鑑之規定，而現行醫院緊急醫療業務評鑑，實務上亦納入醫院評鑑急診組項目為之，並非另為獨立之評鑑，爰酌修第一項，使臻明確。
- 三、第二項酌作文字修正。

第十二條：

- 一、條次變更，原條文第十條及第十一條合併修正。
- 二、原條文第十條納入序文規定，並配合消防法第十六條規定修正指揮中心名稱，另酌作文字修正。
- 三、第一款、第三款及第五款未修正。
- 四、第二款及第四款配合現行救護隊及消防分隊之緊急救護業務實況酌作修正，使臻明確。
- 五、救災救護指揮中心聯絡執行救護之載具並不限於救護直昇機，爰依本法第三章章名及相關條文，修正第六款為「救護運輸工具之設置機關（構）」，俾包含救護船及其他載

具，以臻周延。

六、第七款酌作文字修正。

七、配合修正條文第三十九條有關救災救護指揮中心權責規定，增列第八款，以臻周延。

第十三條：

一、條次變更，本條為原條文第十二條移列，酌作文字修正。

二、目前消防機關大部分由消防分隊執行救災救護勤務，僅有部分設置救護隊，專責執行緊急救護勤務，顧及實務現況，爰修正增列「消防分隊」，惟未來仍朝專責救護隊方向努力；另酌作修正，使救護隊及消防分隊之緊急救護任務臻於明確，並釐清救護區權責。

第十四條：

一、條次變更，本條為原條文第十三條移列，酌作文字修正。

二、配合前條規定，並考量救護隊或消防分隊人員勤休制度及公權力行使宜由專職人員執行，爰增列後段有關專職人員配置規定。至於非專職人員（例如志願服務者或替代役），亦需符合修正條文第四條之規定。

### 附錄三

#### 北京市見義勇為人員獎勵和保護條例

- 第一條 為了獎勵和保護見義勇為人員，弘揚社會正氣，加強社會主義精神文明建設，根據有關法律、法規，結合本市實際情況，制定本條例。
- 第二條 本條例所稱見義勇為，是指為保護國家、集體利益或者他人的人身、財產安全，不顧個人安危，與正在發生的違法犯罪作鬥爭或者搶險救災的行為。
- 第三條 本條例適用於本市行政區域內本市公民見義勇為行為的獎勵和保護。  
非本市人員在本市行政區域內見義勇為，或者本市公民在本市行政區域外見義勇為，參照本條例予以獎勵和保護。
- 第四條 本市獎勵見義勇為人員，保護其合法權益。全社會應當關心和支持見義勇為人員。
- 第五條 新聞宣傳部門應當及時宣傳見義勇為事蹟，報導獎勵和保護見義勇為人員的活動。
- 第六條 獎勵和保護見義勇為人員的工作由市和區、縣人民政府負責，日常工作由民政部門辦理，其他有關部門密切配合。
- 第七條 市和區、縣依法設立見義勇為基金會或者見義勇為基金（基金會的基金和見義勇為基金以下統稱見義勇為基金）。  
見義勇為基金用於對見義勇為人員的獎勵和見義勇為傷殘人員的資助以及其他費用。基金的使用和管理依法接受有關部門和社會的監督。本市鼓勵單位和個人向見義勇為基金會捐贈。
- 第八條 區、縣民政部門接到組織或者個人關於見義勇為情況的反映或者申請，應當及時組織核實、確認。了解情況的組織和公民應當積極配合核實和確認工作。見義勇為的受益人有責任為見義勇為的確認提供證明。

- 第九條 各級人民政府和機關、團體、企業事業單位，對見義勇為人員應當給予獎勵。  
獎勵實行精神獎勵和物質獎勵相結合的原則。
- 第十條 對事蹟突出的見義勇為人員，由區、縣人民政府決定授予“見義勇為積極分子”稱號；對事蹟特別突出的，經區、縣人民政府推薦，由市人民政府決定授予“首都見義勇為好市民”稱號。  
對被授予榮譽稱號的見義勇為人員，給予物質獎勵。
- 第十一條 公民對見義勇為要給予支持和幫助，對見義勇為負傷人員要及時送往醫療機構，醫療機構應當及時組織救治。
- 第十二條 救治見義勇為負傷人員的費用，有工作單位的，由所在工作單位暫付；工作單位無力暫付或者無工作單位的，從見義勇為基金中暫付；緊急情況下，由醫療機構墊付。
- 第十三條 見義勇為負傷人員的醫療費用分別不同情況採取下列辦法解決：  
（一）由加害人依法承擔；  
（二）由社會保險機構按規定支付；  
（三）由所在工作單位提供資助。  
依照前款各項規定解決的不足部分或者均不能負擔時，從見義勇為基金中支付。
- 第十四條 見義勇為負傷人員醫療期間，屬於機關、團體和事業單位職工的，應當視為正常出勤，所在工作單位不得因此扣減其工資、獎金和降低其福利待遇；屬於企業職工的，依照本市有關企業勞動者工傷保險的規定享受工傷津貼；無工作單位的，從區、縣見義勇為基金中給予經濟補助。
- 第十五條 因見義勇為致殘的，其傷殘等級由有關部門依法評定，傷殘待遇依照國家有關因公（工）負傷人員的規定辦理。
- 第十六條 因見義勇為犧牲的，其撫卹按照國家有關因公（工）死亡規定辦理；按照國家有關規定批准為革命烈士的，其家屬享受烈屬待遇。
- 第十七條 對因見義勇為犧牲或者致殘喪失勞動能力的人員，其家屬沒有生活來源的，所在區、縣人民政府應當採取幫助其家庭成員就業等增加收入的措施解決。

- 第十八條 見義勇為犧牲人員的家屬、致殘人員及其家屬，在支付住房租金、醫療費、子女上學費用等方面有實際困難的，由所在區、縣人民政府給予經濟補助。
- 第十九條 獲得區、縣級以上人民政府見義勇為榮譽稱號的人員，在同等條件下，享有就業、入學、入伍等優先待遇。
- 第二十條 見義勇為人員及其家屬因見義勇為受到打擊報復，人身、財產安全受到威脅，公安機關應當採取有效措施予以保護。
- 打擊報復見義勇為人員的，由有關機關依法處理。
- 第二十一條 負有獎勵和保護見義勇為人員職責的部門及其工作人員在工作中弄虛作假、徇私舞弊、玩忽職守、濫用職權的，由主管部門對責任人員給予行政處分；構成犯罪的，依法追究刑事責任。
- 第二十二條 為履行法定職責或者義務實施了本條例第二條規定的行為的，按照其他有關規定予以獎勵和保護。
- 第二十三條 本條例所稱家屬是指見義勇為人員的配偶、子女、父母，以及依靠見義勇為人員生活的十八周歲以下的弟妹、見義勇為人員自幼曾依靠其撫養長大現在又必須依靠見義勇為人員生活的其他親屬。
- 第二十四條 本條例實施辦法由市人民政府制定。
- 第二十五條 本條例自2000年8月1日起施行。

## 附錄四

編號：

版次： 1.0

製作人： 李亞宜

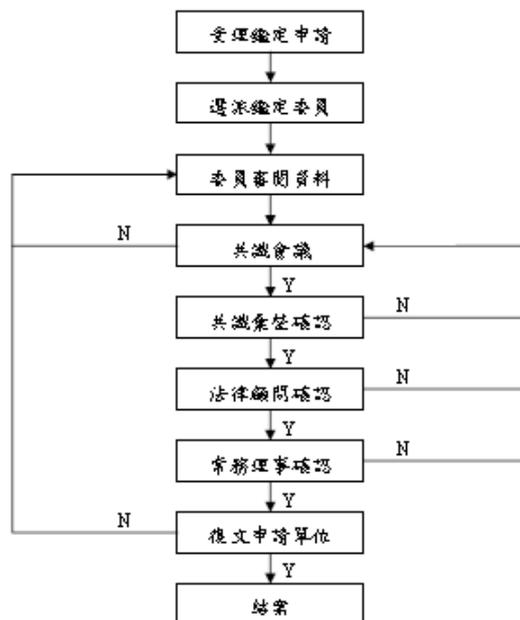
發行日： 96.07.



### 社團法人台灣急診醫學會

#### 醫療爭議審議案件處理作業辦法

- 1 目的：為使急診相關醫療爭議審議案件由急診專業領域專家提供鑑定意見，以維護急診醫師權益，故訂定此辦法。
- 2 範圍：各司法單位提出之醫療爭議審議案件鑑定申請。
- 3 名詞定義：  
無
- 4 內容：  
4.1 流程



#### 4.2 受理鑑定申請

4.2.1 司法單位以公文提出鑑定申請，收文後登錄於「醫療爭議審議案件

編號：

製作人： 李孟宜

版次： 10

發行日： 96.07.



## 社團法人台灣急診醫學會

### 醫療爭議審議案件處理作業辦法

處理一覽表」(附件6.1)。

- 4.2.2 由理事長依據案件內容選派鑑定委員三名，原則上由本會理、監事及相關委員會委員擔任，經承辦人通知後如原鑑定委員婉拒，則重請理事長選派遞補委員。

#### 4.3 案件審理

- 4.3.1 鑑定委員確認後，需於一個月內親自至學會辦公室審閱申請案件相關資料，填寫「醫療爭議審議初步意見書」(附件6.2)及「保密同意書」(附件6.3)，並不得將相關資料攜出學會，且應盡保密之責。

- 4.3.2 鑑定委員均完成案件審閱後，即行召開共識會議，確認對該申請案件之鑑定共識。

- 4.3.3 由秘書長依據共識會議之結論及三位委員之醫療爭議審議初步意見書內容，彙整成「鑑定意見書」(附件6.4)，並以 email 送交三位委員確認。

- 4.3.4 共識意見彙整結果如有疑義，得視實際需求再次召開共識會議重新討論。

#### 4.4 共識意見確認

- 4.4.1 將所有委員確認過後的鑑定意見書送交法律顧問審閱，如有修正意見，其內容須經所有委員確認，或視實際需求再次召開共識會議重新討論。

- 4.4.2 經法律顧問審閱無誤後，即依據迴避原則，送交二位常務理事作確認。

- 4.4.3 如常務理事對於鑑定共識有所疑義，則需請原鑑定委員重新召開共識會議再行審議，必要時，得另聘鑑定委員若干名參與鑑定事務。

#### 4.5 結案：

- 4.5.1 經常務理事確認完成之鑑定意見書用印後，連同申請案件相關資料復文發送申請單位，並於醫療爭議審議案件處理一覽表登錄結案日期。

編製：

版次： 1.0

製作人： 李孟宜

發行日： 96.07.



## 社團法人台灣急診醫學會

### 醫療爭議審議案件處理作業辦法

4.5.2 如申請單位復文續請釋疑，則請原鑑定委員重新審議，並依 4.3、4.4 之步驟完成相關審議程序。

#### 4.6 鑑定費用：

4.6.1 本作業為服務性質，故不向申請單位收取鑑定費用。

4.6.2 由學會支付鑑定委員每案新台幣 1000 元之醫療爭議審議案件審閱費，並依學會規定給付共識會議出席費及差旅費。

#### 4.7 注意事項：

4.7.1 鑑定委員之選派及確認共識意見之常務理事的安排應恪遵利益迴避原則。

4.7.2 申請案件相關資料（含會議資料）均需於學會辦公室審閱，不得攜出。

#### 5 紀錄管理：

記錄名稱	保存期限	保存場所
醫療爭議審議案件處理一覽表	永久	秘書處
醫療爭議審議初步意見書	永久	秘書處
保密同意書	永久	秘書處
鑑定意見書（副本）	永久	秘書處
共識會議紀錄	永久	秘書處

#### 6 附件

6.1 醫療爭議審議案件處理一覽表（範例）

6.2 醫療爭議審議初步意見書（表單編號）

6.3 保密同意書（表單編號）

6.4 鑑定意見書（範例）