

醫師之權利義務

蔡 墩 銘 *

目	次
壹、醫師之治療權	肆、醫師之保證人義務
一、前言	一、前言
二、治療權之依據	二、醫療危險之分類
三、強制治療	三、手術危險之預見義務
四、緊急治療	四、手術危險之告知義務
五、治療權之性質	五、術前檢查義務
六、治療權與醫療人權	六、手術中危險之防止義務
七、正當業務行為與治療權	七、術後危險之防止義務
八、醫療行為之正當性	八、進行復健義務
九、結語	九、結語
貳、醫師之治療義務	伍、醫師之轉診義務
一、前言	一、前言
二、親自診療	二、轉診義務之性質
三、常規診療	三、轉診之事由
四、繼續治療	四、轉診之前提要件
五、預見醫療危險	五、轉診之時期
六、迴避醫療危險	六、轉診之告知義務
七、術後照顧	七、轉診前之處置
八、結語	八、延後轉診之責任
參、醫師之緊急救治義務	九、結語
一、前言	陸、醫師之報告義務
二、緊急救治之時期	一、前言
三、緊急救治之原則	二、報告義務與告發義務
四、緊急治療	三、傳染病之報告義務
五、緊急精神醫療	四、愛滋病之報告義務
一、前言	五、非病死屍體之報告義務
二、緊急墮胎	六、精神病人失蹤之報告義務
三、緊急檢驗	七、受虐兒童案之報告義務
四、緊急協助	八、結語
五、結語	

* 德國弗萊堡大學法學博士，台灣大學法律系專任教授

壹、醫師之治療權

一、前言

為醫治病人之疾病，醫師對於病人採取各種診斷治療及檢查行為，而大多數之醫療行為，係針對病人之身體實施，即侵襲人體之行為，雖然此種侵襲人體之行為大多不嚴重，但亦有可能造成病人之傷害或死亡，故殊屬不可忽視。醫師為治療目的而為對病人身體之侵襲，雖為病人之利益而為，然而仍應受相當之限制，並非可以毫無限制為之。

在醫師與病人訂立醫療契約後，雙方各取得一定之權利義務，對於醫師而言，其有醫治病人之權利與義務，而對於病人而言，其有接受醫治之權利與義務。就醫師有醫治病人疾病之權利以觀，此可謂為治療權，一旦認為醫師取得此項治療權，則其對於病人所為，對其身體之各種侵襲均可視為適法之行為。

然而，醫師之治療權之性質如何，有待瞭解。首先應認識者為醫療權為公權或私權，抑或二種權利兼而有之。倘將治療權認為公權，則病人即有接受醫療之義務，反之，倘認為治療權為私權，則病人並無接受醫療之義務。關於此點實與病人所患疾病有關，亦即，病人所罹患者為普通疾病，則醫療權僅屬私權，惟如病人所患者為法定之傳染病或精神病，則治療權應屬於公權，有賴國家發動公權力予以執行。雖如此，但大部份之疾病非法定之傳染病或精神病，是以治療權原則上屬於私權而非公權，從而對於醫師之醫療權所為之檢討，應依據此一觀點為之。

二、治療權之依據

從私權之觀點以瞭解醫療權時，則治療權係由來於醫療契約，因之倘無醫療契約之訂立，自無醫療權可言，由於醫療契約係醫師與病人間互相合意而訂立，故此為基於病人之承諾而來，此項同意隨時可以撤回，一旦病人有撤回同意之表示，則醫師之醫療權自撤回表示後自動消失。

病人與開業醫師訂立醫療契約，其治療權之生效與消滅，尊重其意思。但如係病人與綜合醫院訂立契約，則醫療契約之當事人為綜合醫院（法人），而非醫院之醫師，故治療權屬於綜合醫院，在此情況之下，醫院仍可授權其院內之醫師行使治療權。

治療權之發生固然基於醫師與病人雙方之同意為原則，然而在危急之情況，為拯救病人一命，有可能在未先取得其同意之前，即為醫療行為之實施。例如車禍受傷者，在送至急診室時已陷於昏迷狀態，無法為意識表示，此時醫師若未立即為緊急醫療，實不可能挽回其一命，在救人第一之情況，醫師實施緊急之醫療行為，縱未取得車禍受傷者事先之同意，但視為取得其同意，此即所謂推定同意之情形。

在此成為問題者，即未成年人之家長不欲為生病或受傷之未成年人接受外科開刀手術，但醫師認為該生病或受傷之未成年人，倘不立即接受外科開刀手術時，將危害其生命，因此不顧一切而為開刀手術，而且果然由於開刀手術成功而挽回該未成人之一命。此種未獲未成年人之家長（法定代理人）之同意而為之開刀手術，如何認為其醫療行為合法，醫師倘非主張此為緊急避難行為（刑法第二十四條），則祇能主張其有治療權，亦即基於治療權而實施之行為，以阻卻其行為之違法性。惟依治療權主張其緊急醫療行為之合法性，在法律上不無困難。

三、強制治療

依我國現行法規傳染病病人應接受隔離治療。該管衛生主管機關認為必要時，得強制移送指定醫院治療（傳染病防治條例第二十九條）。又各級衛生主管機關對於經檢查證實感染人類後天免疫不全症候群者，應通知其至指定之醫療機構免費治療或定期接受症軟檢查；必要時，得強制為之或予以隔離（後天免疫缺乏症候群防治條例第十條）。又對有明顯傷害自己或他人之嚴重精神病人，應由保護人或警察機關送精神醫療機關診療，有必要者，應辦理全日住院或強制住院（精神衛生法第二十一條至二十三條）。

無論強制治療或強制住院均不重視病人之同意，故可以不顧病人之意思，以強制方法使其接受醫療，蓋祇有如此，方可避免法定傳染病之繼續擴散，或嚴重之精神病人因精神病發作而傷害自己或他人。由此可知，強制治療權之承認完全在於保護社會大眾，以免其被傳染病感染或受嚴重精神病人之傷害。

由於強制治療權具有公權力之色彩，是以交由公立醫院（醫療法第二十七條）執行，俾受中央衛生主管機關之督導，至於嚴重精神病人之強制住院，則應在中央衛生主管關指定之精神醫療機構為之（精神衛生法第二十一條第一項），解釋上被指定之精神醫療機構包括私立醫院在內。

四、緊急治療

醫院診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延（醫療法第四十三條前段）。又醫師對於危急之病症，不得無故不應診或無故遲延（醫師法第二十一條）。依此無論醫院、診所或醫師對於危急病人或病症應予以救治，此可稱為緊急醫療之義務。

然而緊急醫療對於醫院而言，必須有相當之設備，而對於醫師而言，必須為外科或急診科醫師，倘醫師不屬於此科，則祇能予以必要之緊急救護處置，其情形與護理人員或助產士處理危急病人相同（護理人員法第二十六條，助產士法第十九條）。嚴格言之，尚不算為醫療行為。

藉此以觀，醫院、診所或醫師必須有緊急醫療之能力，倘欠缺此項緊急醫療，自無法強人所難，非予以緊急醫療不可。從而醫院、診所或醫師之緊急醫療義務係對於一定之醫院、診所或醫師所科處，並非任何醫院、診所或醫師皆負有此項義務，例如綜合醫院附設急診部，外科診所或外科醫師即是。

緊急醫療與一般醫療不同者，在於緊急醫療具有強制醫療之性質，故其醫療契約非訂立不可，並無考慮之餘地。不過其與一般之強制治療亦有不同之處，亦即在一般之強制醫療，公立醫院取得強制醫療權，傳染病人或嚴重之精神病人非接受醫療不可，但在緊急醫療則危急病人並無非接受醫療不可之義務。

伍、治療權之性質

任何醫療，即使醫師有醫療義務之緊急醫療，醫師與病人之關係，醫師仍佔有優勢之地位，對於醫師之各項檢查之要求，病人必須聽從，俾雙方合作愉快，有利於病人早日康復。

從民事契約之觀點而言，醫療契約之性質，學說不一，有委任、僱傭、與承攬契約各種不同之見解，其中以委任或準委任契約，較為可取。依此，醫師之醫療給付行為，即為病人處理醫療事務（參照民法第五百二十八條）。受任人之醫師應自己處理醫療業務（民法第五百三十七條，醫師法第十一條第一項前段）。果爾，則醫師之醫療權為給付之權利，病人亦有受給付之權利。惟醫師對於病人應給付多少之醫療服務，並不能一概而言，此即涉及醫院之醫療設備如何而定。此外病人之支付醫療費用能力，亦有影響。

由於病人之支付醫療費用能力因人而異，加以治療方法不一而足，有多種之選擇，是以在醫療給付方面，遂由醫師裁量決定，應予以何種治療，故裁量權亦成爲

醫療權之一種表現方式。原則上醫師對於治療方法，有裁量權，但如涉及外科手術或麻醉手術，仍應取得病人之同意（醫療法第四十六條第一項）。

六、治療權與醫療人權

醫師為行使其治療權必須取得病人之合作，由於疾病本身涉及病人之隱私，因此在醫師與病人之互動中，醫師對於病人之人格法益之隱私權不能不予以相當之尊重，此即所謂醫療人權之問題。

為治療病人之疾病，醫師對於病人之病史及身體特質有予以瞭解之必要，為此醫師必須詢問病人之病情及過去所患之病，有時必須對病人之身體予以扣診（打診）或觸診，甚至檢查身體之內部（內診），各種診斷方法之採用，雖然瞭解病情之必要而採取，惟因其所採取之診斷方法不免引起病人之羞恥感，是以在採取扣診、觸診或內診之前，應先取得病之承諾。即使事先已取得病人之承諾，但仍應限於診斷上之必要，倘非診斷上所必要，即使獲得病人之承諾，亦應視為不當之醫療行為，不能依治療權之行為理由而使其正當化。

病人對於醫師所為之承諾，僅承諾醫師對其醫療，是以醫師依病人之承諾而為之侵襲病人之行為，祇限於醫療行為，倘非醫療行為，則病人之同意不應發生效力。例如醫師利用醫療機會而對於女病人為乘機猥褻，如女病人已處在不能抗拒之狀態者，即可成立乘機猥褻罪（刑法第二百二十五條第二項）。

七、正當業務行為與治療權

治療權在刑法未將正當業務行為作為阻卻違法事由之國家，如德國刑法，實難以承認。但在將正當業務行為作為刑法阻卻違法事由之國家，如我國刑法（第二十二條）及日本刑法（第三十五條），則不妨以承認。

由於我國刑法正式承認正當業務行為為阻卻違法事由，是以治療權不僅是民法契約上之權利，亦係刑法上之正當權利，亦即正當業務權。正當業務權固不以治療權為限，另有其他權利，如律師之執行法定職務權（律師法第十九條）、會計師之執行會計職務權（會計師法第十五條），或建築師之執行建築業務權（建築師法第十六條）均是。

各種專門職業人員之業務權既為法律所承認，則其為執行職務之必要而實施與其業務有關之行為，縱有侵害他人法益之行為，祇要符合正當業務之要件，即可阻卻其違法性，其行為不構成犯罪。就治療權之行使而言，極易使病人之法益受侵

害，例如病人接受外科手術時，其身體法益一定受侵害，然而外科醫師所以侵害病人之身體完整法益莫非為病人之身體健康，而病人健康法益之維護優於病人身體完整法益之維護，故在法益權衡之考量下，對於醫師實施醫療行為結果而侵害病人身體之完整性，自屬非不可以容許之結果，不應予以處罰。

八、醫療行為之正當性

正當業務行為雖可阻卻刑事違法，惟其所以阻卻違法與其屬於業務行為，毋寧由於業務行為具有正當性之原因。易言之，雖屬於業務行為，假如缺乏正當性，則此種不正當之業務行為，實不能阻卻刑事違法。此無論為何種業務行為，對於正當性之要求，皆無不同。惟就醫療行為而言，對其所要求之正當性應考慮之事項如何，頗值注意。茲分為三點言之，即：

- (一)符合治療目的：醫療行為必須為治療疾病之目的而實施，而所治療疾病之目的，指治療傷病減輕或免除身體上之痛苦或精神上之障礙，如僅為美容之目的，如紋眉、放眼線或紋身，則不能認為符合治療目的。不過治療不必為唯一或主要目的，其為次要或附帶目的，亦無不可，但必須有治療目的，此對於醫療行為而言，實屬不可缺。
- (二)採用公認之醫學之法：醫療行為之實施必須採用一般公認醫學準則上之方法，而且必須維持醫療水準，亦即符合治療目的。必須依治療之知識與經驗而實施其行為，因此醫師必須依當時臨床應有之醫療水準以盡其醫師之注意能力。
- (三)出於客觀之必要性：醫師所實施之醫療行為必須為客觀上認為必要者，並非祇有醫師個人認為必要者。因此如祇有實施醫療行為之醫師個人認為必要，但別無其他醫師認為必要時，則其醫療行為欠缺正當性。再有無客觀之必要性，尚應考慮者為醫療之適應性，倘無此項適應性，仍不能認為有客觀之必要性。例如不必要之外科手術，實無醫療之適應性。

九、結語

基於醫療契約而來之治療權，對於醫師而言，不僅為權制，亦係義務。站在權利之觀點，醫師可依此而對其病人實施侵襲之行為，而此種侵襲之行為，在醫療目的、醫療準則，必要性及適應性多項考慮之下，應認為正當行為或正當業務行為，在法律上不成為問題。然而權利每每產生有關之義務，此對於治療權而言，其情形亦無不同。醫師在醫療契約成立之後，雖取得治療病人之各項權利，例如檢查病人

之生理狀況或探知其隱私，然而基於行使治療權而獲知之病人的各項隱私或秘密，卻有予以保護之義務，不可隨便洩漏，否則可能因其違反行使治療權而產生之保密義務，而構成刑法上之洩漏業務上得知之他人秘密罪（刑法第三百十六條）。

貳、醫師之治療義務

一、前言

大體上言之，除了強制治療之情形以外，醫師之治療義務為由來於醫療契約之義務，並非醫療法上之義務，故其與醫療法規上所規定之作為或不作為義務有異。由此可知，醫師所負之義務事實上不限於醫療契約上之義務，另有醫療法規上之義務。

然而醫師所負各種義務中，治療義務不失為最主要之義務，而且大多數之其他義務，可謂為附帶於此項義務而來，如轉診、轉院或緊急救治義務莫不屬之。從而此項治療義務如被免除，則其他義務自亦隨之消失而不存在。

由於治療義務基於醫療契約而發生，故在醫療契約繼續有效之時間，醫師之治療義務繼續存在，此尤以住院之病人，在其未辦理出院之前，主治醫師之治療義務繼續存在，但此並不表示主治醫師不可換人，但必須有負責治療之主治醫師，則並無改變。至於門診病人，診治醫師在病人求診時，甚至提早於掛號時，醫療契約已成立而負有治療義務，但病人如已離開醫院或診所，則原則上醫師不再負有治療義務。藉此以觀，對於住院病人，醫師之治療義務特別重要。

二、親自診療

醫療契約產生醫病關係，亦即由於醫療契約而使醫師與病人建立醫病關係。在此關係之下，醫師對於求診之病人實施治療，而且病人亦信任醫師給與之治療，而在醫師與病人良性的互動下，有助於病人恢復無病的健康狀態。因此病人既選擇特定醫師為其治療，即係對其所選擇之醫師有信心，故願意接受其治療，從而被病人所選擇之醫師，即應親自對病人實施治療，不可假手他人，如助理醫師或實習醫師，否則有違病人對於醫師之信任。但在教學醫院由實習醫師看病，而主治醫師在旁指導，並負起實習醫師所引起治療過失責任，亦被視為與主治醫師親自診療無

異。

若干醫院或綜合醫院採用指定醫師制度，使病人在接受醫院或綜合醫院之治療時，亦可選擇其所信任之醫師。指定醫師制度雖利弊互見，但至少對良好醫病關係之建立，不無幫助，尤其被指定之醫師親自治療病人，將使病人對於疾病之痊癒產生信心，可收加速治療之效果。

三、常規診療

各個醫師之診療措施，依其所受之醫學教育與訓練不同，未必完全相同，但祇要依常規從事診療，其見解或處置容有不同，實不應予以挑剔或指摘。惟醫師雖依常規診療，但並非不可改變其診療方式，故醫師在觀療病程後，如認為毫無進展，應重新為診療決策，以改變治療方式，不可一成不變，堅持其以前之治療方式。

病況沉重之病人或其親人每每要求醫師為超出常規，甚至違反常規之治療，對於病人之此項要求，主治療醫師雖不必順從，滿足其要求，但對於病人此項要求應站在醫學上予以解說其不可採取之理由，不可完全置之不理。

四、繼續治療

繼續治療不失為刑法上之作為義務（刑法第十五條）。此項作為義務所以發生乃由於醫師已有先行之醫療行為或已有醫療契約之訂立，使其不能不盡此一義務。因之，倘無先前之醫療行為的實施或醫療契約之訂立，即無以後之繼續醫療義務之發生。

醫師與病人訂立醫療契約以後，除非醫療契約已經因解除而終止，否則醫師對與其訂約之病人有繼續治療之義務，不可自行中斷其醫療行為，此尤其對於外科醫師所為之手術行為，更是如此。醫師假如未盡其應盡之繼續治療義務，以致病人之病情惡化或健康受損，抑或發生不應該發生之傷亡結果時，醫師對其所未盡之繼續治療業務，自不能不負相當之責任。

五、預見醫療危險

不少之醫療行為對病人之身體構成危險，即具有醫療危險，但大多數之醫療危險，在醫師善盡其醫師應有的注意義務時，即可予以避免。醫師從事治療時所負之注意義務，屬於業務上所負之注意義務，亦即醫療業務上之注意義務，故與從事其他職業者所負之業務上注意義務不盡相同。

藉各項醫療儀器之檢查或檢驗較之醫師所使用之傳統診斷技術雖較為準確，是

以醫師所使用之傳統診斷技術，仍無法正確診斷病情時，每使病人接受醫療儀器之檢查或檢驗，如大腸直腸內視鏡，支氣管鏡或心導管檢查等是。然而醫療儀器之檢查有一定之危險性，故並非任何病人皆適於接受此項檢查。因之，從事此項儀器檢查之醫師，對於此項檢查可能引起之危險有予以預見之義務，以免病人在接受儀器檢查中發生危險而引起傷亡結果。此屬於醫師應負之注意義務，即預見結果之注意義務。

六、迴避醫療危險

醫師對其所採之治療方式或儀器檢查構成相當危險有所認識，卻不願可能發生之危險而採取時，雖出於不得已，不得不為之，但即然有此項醫療危險之預見，即當其進行伴隨危險之治療方式或操作具有危險性之儀器時，不能不同時採取迴避危險之措施，以防萬一。此屬於實施伴隨危險之治療方式或操作具有危險性儀器之醫師應負之注意義務，即迴避結果之注意義務，與預見結果之注意義務，同其性質。

迴避醫療危險之措施，不僅在危險尚未具體化之前即應採取，在危險已經具體化時，更必須採取，以積極行為防止危險之發生或擴大，並設法排除或減少已經發生之危險，否則不能謂為已盡迴避醫療危險之義務。

七、術後照顧

一切之外科手術對病人之身體組織予以相當之破壞，即如此，外科醫師對其為手術之必要而破壞之病人身體組織，有義務予以恢復原狀，以保持病人生理組織之完整性，是以開刀後傷口之縫合被認為手術之一部份，為實施手術之外科醫師必須完成之工作。此因為大多數之外科手術為侵襲性治療，必須先破壞病人之身體完整性，方有可能進行。例如為取出病人身體內之病灶，外科醫師實施剖腹手術，雖成功取出病人腹內之病灶，但對於病人因開刀而其身體完整性遭受破壞之腹部生理組織，外科醫師於取出病灶後，應予以修補而為縫合之行爲。

由是觀之，術後照顧由來於外科醫師先前所實施之開刀行為，亦即倘無先前之手術，即無以後之術後照顧，是以包括復健之術後照顧不失為醫師開刀後發生之治療義務。

八、結語

醫師之治療義務可謂為因醫師執行其醫療業務關係而產生之義務，故此為未從事醫療業務之人所無之義務。由於醫療之實施，影響病人之身體生命之安全，茲事

體大，故醫療法規上每為醫師規定各項應盡之義務，事實上醫師應盡之義務不限於上述之法律上義務，其另應盡醫學倫理上所要求之治療方面之義務，此例如醫師應盡之親自診療或依常規診療等義務即是。

參、醫師之緊急救治義務

一、前言

依醫師之專業知識與所受之訓練，雖有救治病人之能力，然而其是否負有一般之緊急救治義務，實不無問題。醫師與病人之間倘已成立醫療契約而有醫病關係，則在醫療契約有效期間內，抑或基於先行之醫療行為之關係，對於發生緊急情況之病人，醫師顯然負有保證人責任，應盡其救治之醫療作為義務，對於此一作為義務之不履行，將使其成立不純正不作為犯，亦即一旦病人之健康受損或導致死亡結果，應負業務上過失傷害或致死之責任。

然而醫師尚未與病人成立醫療契約時，原則上醫師不負治療義務，又除非公立醫院之醫師否則醫師亦不負緊急救治義務。惟依醫療法之規定，醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故施延（醫療法第四十三條前段）。醫療法雖要求醫院或診所對危急病人予以緊急救治，但此並非對於醫師而為之要求，故不得視為醫師具有一般之緊急救治義務，亦即對於危急病人在未與其先訂立醫療契約之情形，並非當然具有緊急救治義務。惟對於公立醫院設有急診處者，則具有緊急救治義務，故對於設有急診處之公立醫院而言，緊急救治為強制醫療義務，蓋公立醫院設有急診處者對於公眾之安全負有保護義務，是以一旦人民發生緊急之傷病，即發生強制醫療契約，公立醫院無法拒絕救治。

二、緊急救治之時期

對於緊急之傷病公立醫院設有急診處者，即有予以醫療之義務，則公立醫院自負有緊急救治義務。在此情況之下，公立醫院既不能拒絕緊急傷病之病人，則病人一旦被送至公立醫院，即可視為緊急救治之時期。

需要急救之病人有自行前來公立醫院者，但大部分為其親友或初診醫院轉診而來，無論屬於何種情形，緊急救治之時期以病人抵達醫院時即已開始。然而病人如

係由救護車送來，則緊急救治之時期應提前至病人被移送至救護車時開始。

至於入院中之病人，一旦發生病情惡化，必須緊急救治時，則醫院之醫師，即使非其主治醫師，亦應前來救治，不可因其非值班醫師或主治醫師而推卸其救治義務。

三、緊急救治之原則

需要緊急救治之病人已引起呼吸困難、短暫意識喪失或已呈現昏厥或休克狀態，故對於需要緊急救治之病人必須為其爭取時間，耽誤時間會使治療效果變差，甚至無法治療，是以如何施以急救遂成為急診處醫師之處理原則。假如應立即施以急救而不為，則違反其所負之作為義務，即可能成立不純正不作為犯。茲將緊急救治之原則列舉於次：

- (一)維持生命徵象：維持正常脈搏、血壓、呼吸及體溫，減輕出血並為血液灌注。
- (二)人工呼吸：病人心跳停止後幾十秒內發生意識喪失，痙攣及呼吸停止，倘能及早發現心跳停止並給予有效的心外按摩及人工呼吸，即可使其心肺復甦。
- (三)急救手術：必要時應進行外科手術，以切除或縫合受傷部位及止血。

四、緊急治療

急診醫院或設有急診處之醫院，一日二十四小時應有值班醫師從事緊急治療業務，而且各個值班醫師更須受急救之訓練者，俾對於需要急救之病人施以緊急救治。需要緊急救治之病人大多為意外事故之受害人，此可能為天然災害，但亦有可能為人為災害，如車禍或因犯罪而被害之人。無論意外事故之原因如何，但其需要外科之醫療照顧，則並無不同。

依道路交通事故處理辦法規定，公私立醫院診所對因道路交通事故送醫之受傷者，均應儘速救治不得拒絕，有關手續俟後補辦。其必須轉送他處就醫者，仍應先予以必要之急救措施（道路交通事故處理辦法第六條）。

受羈押之被告現罹重病，在看守所內不能為適當之治療，看守所長官認為有緊急情形時，得先將被告護送至醫院治療（羈押法第二十二條第二項），此亦屬於必須緊急治療之情形。

五、緊急精神醫療

精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復建及居家

治療（精神衛生法第二十五條）。對於突發的嚴重精神病之病人有必要將其送入精神病醫院之急診處，而精神醫療機構應提供病人積極適當之治療，不得無故延誤（精神衛生法第二十六條第一項），此可視為緊急精神醫療。

依監獄行刑法規定，受刑人心神喪失時，移送於精神病院或其他監護處所（監獄行刑第五十六條），此示屬於緊急精神醫療接受移送之精神病院或監護處所之醫師，自應予以治療並監視其行動（保安處分執行法第四十六條第四十七條）。

六、緊急墮胎

懷胎婦女因疾病或其他防止生命上危險之必要而服藥或以他法墮胎、抑或聽從他人意見墮胎者，免除其刑（刑法第二百八十八條第三項）。為救治懷胎婦女之疾病或防止其生命上危險而由醫師得其承諾而予以墮胎者，醫師所為之墮胎為緊急墮胎，即可依為他人而為之緊急避難之理由而阻卻違法（刑法第二十四條），不應構成圖利加工墮胎罪（刑法第二百九十條）。

懷胎婦女在接受例行之產前檢查時，發現胎兒已經死在懷胎婦女腹中，即需要將其緊急人工流產或引產，以免妨礙懷胎婦女之身體健康，此雖不屬於墮胎，而係人工流產，但其所採之摘出方法，實與墮胎無異（優生保健法第十一條第二項）。

七、緊急檢驗

檢驗可分為病理或司法檢驗，如係病理檢驗，由於病人無接受檢驗義務，故對病人施以特殊檢驗時，應先取得其同意，但屬於司法檢驗，實無庸取得被告之同意亦可為之。至於醫師診病是否必須經過檢驗，始可確立病因，須視病情輕重定之（70·20·30 衛生署醫字第三六〇〇四六號函）。

為調查被告尿液是否含有安非他命，應命被告接受採驗尿液，蓋安非他命在尿液七十二小時過後可能消失，倘未在七十二小時以前命被告受採驗尿液，實無法取得犯罪證據，故此種司法檢驗，實具緊急檢驗之性質。

（案例）八十三年十月間為防止印度鼠疫傳入國內，衛生署檢疫總所台檢疫分所在中正機場針對十四名自印度返國的旅客進行檢疫。此批旅客係十月一日搭乘泰航班機返抵中正機場，衛生署檢疫人員登機後，首先詢問座艙長機上旅客是否有身體不適情形，然後將旅客分為兩批，針對其中曾到過印度的十四名旅客進行問卷調查及醫學檢驗。檢疫總所將持續追蹤這批旅客一個星期，直到鼠疫的潛伏期過後。

八、緊急協助

醫師法規定，醫師對於天災、事變及法定傳染病之預防事項，有遵從有關機關指揮之義務（醫師法第二十四條）。又傳染病防治條例規定，傳染疾流行時，得徵用私立醫院或公立場所，設立臨時傳染病醫療所，並得徵得民間醫事人員協助防治工作（傳染病防治條例第十條後段）。

依道路交通事故處理辦法規定，救治道路交通事故受傷者之公私立醫院診所，應登記送醫者及受傷者之姓名、地址。送醫者如為車輛駕駛人，並登記其駕照號碼及所駕車輛種別、牌號、並通知警察機關（道路交通事故處理辦法第七條）。

依精神衛生法規定，嚴重精神病之病人，經專科醫師診斷屬實，有全日住院治療之必要時，應即護送前往中央衛生主管機關指定之精神醫療機構診療，並應立即通知當地衛生主管機關（精神衛生法第二十二條）。

緊急協助為醫院急診處或急診科醫師應有之義務，至如何為緊急協助，又其協助之事項多少，悉依有關法規之規定而行。

九、結語

除法律有特別規定之外，醫師之緊急救治義務或緊急協助義務，依醫師是否在公立醫院（急診處）執業而定，亦即急診科之醫師對於危急病人有緊急救治義務，即使事前未與危急病人發生醫病關係亦然。至於一般私立醫院之醫師對於入院中之病人，因已發生醫病關係，故當其發生緊急情況，自應予以救治。然而關業醫師對與其事先無醫病關係之危急病人予以急救，不外盡其道德上之義務，並非盡法律上之緊急救治義務。從而其如不盡緊急救治義務時，自不負法律上責任。

肆、醫師之保證人義務

一、前言

醫療契約通說採委任契約，此項契約而發生之法律結果為勞務之供給，即醫師依其專業知識技能以治療病人之疾病。一般之情形，病人到醫院或診所求診，醫師允為治療時，醫療契約即告成立，故除非醫療契約正式終止，否則醫師對於須要繼續接受治療的病人，不能中斷或停止治療。

在醫療契約繼續存在時，醫師對於病人負有治療之義務，此雖係契約上之義

務，但亦是法律上之作爲義務。易言之，在醫師與病人訂立醫療契約後，對於病人所發生之疾病及其疾病所引起之生命身體上危險，醫師居於防止其危險結果發生之保證人地位，故此亦被認爲醫師之保證人義務。

此項由於醫療契約而產生之防止危險結果發生之保證人義務，促使醫師有必要採取防止危險結果發生之各項作爲，假如應爲而不爲其防止危險結果之作爲時，則應認爲不作爲，而成立刑法上之不純正不作爲犯（刑法第十五條）。

二、醫療危險之分類

傷病種類頗多，有者對於病人雖不構成對於身體生病之立即危險，但有者即有此可能。對於後者倘不予以治療或未對症治療，病人之身體生命之安全堪虞。因此病人罹患之疾病倘屬於對身體生命足以構成立即危險者，醫師應特別注意此項危險之防止，所不待言。

醫療危險可爲種種分類，茲特別站在醫師作爲義務之觀點，將醫療危險予以分類於次：

- (一)急性危險與慢性危險：急性病之危險屬於急性危險，而慢性病之危險即屬於慢性危險。
- (二)定型危險與突發性危險：某種疾病必然伴隨之危險爲定型危險，而非某種疾病必然伴隨之危險，而係偶然發生者爲突發生危險。
- (三)藥物危險與感染危險：由於使用藥劑而有發生副作用之危險，爲藥物危險，而其危險之發生與使用藥劑無關，而係受細菌感染者，爲感染危險。
- (四)外科危險與內科危險：由於實施手術而引起之危險爲外科危險，而其危險之發生與手術無關者爲內科危險。外科危險亦可稱爲手術危險，倘將其與內科危險比較，外科危險高出內科危險甚多，主要或多數之醫療危險以外科危險屬之，是以醫師之保證人義務，自以涉及外科危險或手術危險爲最多。

三、手術危險之預見義務

手術伴有對病人身體生命之危險，又手術時之麻醉亦對病人具有相同之危險。另外手術時侵入病人體內之醫療儀器，亦容易對病人構成危險。可見手術對病人構成之危險，不一而足。

伴有危險性之治療方法或伴有危險性之醫療儀器爲診療病人之疾病起見，並非

全然不可用，但採用危險性之治療方法或使用危險性之醫療儀器之前，醫師應預見其所具有之危險性，並應有迴避危險之準備，不可毫無準備，貿然採用危險性之治療方法或使用危險性之醫療儀器。易言之，在採用危險性之治療方法或使用危險性之醫療儀器之前，如何防止可能出現之危險，醫師必須未雨綢繆，以防萬一，不可等危險發生之後，始倉惶採取應變措施，否則無法保障病人不遭受危險。

四、手術危險之告知義務

在醫療危險中以藥物危險及手術危險與醫師之醫療行為直接有關，不僅如此，一切手術之實施均先對於病人給與麻醉，而麻醉藥劑亦具有相當之危險性，此為藥物危險，是以手術危險附帶有藥物危險，則其醫療危險之程度，自大為提高。

由此可知，在一切的治療方法中，以手術療法之危險性最高，亦因為如此，除非別無其他療法可採時，始才考慮選擇外科療法，故外科療法因其高危險性之關係，而成為一切治療方法中之最後選擇。不僅如此，病人所罹患之疾病亦必須有外科適應性，如經檢查之後，發現其非外科適應症，則不應予以開刀治療。

因手術療法本身具有高危險性，是以醫師在對於病人實施手術療法之前，有必要對於外科手術可能引起之危險性、手術後之後遺症、有關危險性之不確定因素及手術成功率，均須向病人及其法定代理人詳細說明，始可進行外科手術（醫療法第五十八條）。因此，醫師採取手術療法時實負有告知手術危險之義務。至於手術應取得病人之同意，其同意之取得亦應在醫師盡其手術危險告知義務後。倘係在未告知之前即已取得同意，則其所取得之同意不無問題。

五、術前檢查義務

疾病雖有手術適應性，亦即該項手術適於使用手術治療，雖如此，罹患該疾病之病人的健康狀態未必皆適於接受外科手術，尤其病人必須接受大範圍之手術為然。

接受大範圍手術之病人，限於有較佳健康狀態之病人，始能負荷手術時之痛苦與傷害，因此遇病人之健康狀態不佳、全身衰弱時，醫師自不宜冒然將其送入開刀房進行手術，而應延後為之。同時給病人補充水分、電解質、輸血或養分等支持性療法，以改善病人生理狀態，再伺機進行手術。

為瞭解即將接受較大範圍手術之病人的健康狀態，醫師將病人送入開刀房之前應先對於病人檢查其健康狀態，以確定其是否適合接受大範圍手術。關於健康檢查

之項目，依擬進行手術之種類、部位而略有不同，但體重、體溫、血壓、血液學、脈搏、大、小便、心電圖、X光或超音波、肝功能、腎功能、凝血時間、血型……等理學檢查，不失為手術前之基本檢查，應由醫師會同其他醫護人員共同為之。

六、手術中危險之防止義務

伴有危險性之手術所發生之危險，當以在手術中發生者最多，而且術中發生之危險多為手術之外科醫師所能預見並予以預見，故對其所發生之危險應認為在醫師意料之中，應非意外。如心導管、胸腔穿刺、心包膜穿刺或脊椎麻醉而引起之神經性休克是。

術中發生之危險所出現之疾病或手術併發症，不完全相同，其有致命性者如急性心肌梗塞、休克、急性呼吸衰竭、血流不止或敗血症等症狀，但亦有非致命性者，如血壓急昇或急降、呼吸困難、傷口發炎或胃腸穿孔等症狀。對於術中危險既為施行手術之外科醫師所預見，則其應依其嚴重性之程度，暫時停止進行中之手術而為其急救，或不停止進行中之手術即一方面進行手術，另一方面為防止所發生之危險而為急救，均在手術醫師考量評估之後，速予處理。在後者之情形，須探組織醫療之方式，始有可能，不過對於術中發生之危險應採取防止之醫療措施，則並無不同。

七、術後危險之防止義務

將手術傷口縫合完畢，即進入術後之狀態，但雖係術後，仍有危險發生之可能，故通常需要在手術後觀察二十四小時，如未有危險發生，始可謂為脫離危險期。假如術後不久病人即發生危險之症狀，則施行手術之外科醫師仍需要採取治療上之處置，以防止病人所發生之危險，不因為手術已完畢，而不負此項義務。

大多數之術後危險，莫不與先前之手術有關，亦即由於先前之手術而導致術後之危險，不過此項危險未在術中發生，而係延後出現，但其與先前之手術有因果關係，二者並無不同。在此之情況，術中之危險，施行手術之外科醫師有防止危險之義務，則術後之危險施行手術之外科醫師亦負相同之義務。

對術中引起之細菌感染，施行手術之醫師負有防止繼續感染之治療義務，例如對於化膿之身體部位予以切開而採取排膿之處置，以免細菌感染擴大。

術後傷口縫合不全，如有必要，應使病人接受治療以使傷口之完全縫合。又外

科病人術後仍有不明原因之腹病，為查明起見，醫師可考慮再將其送入開刀房進行第二次手術，以探查其原因。

八、進行復建義務

現代醫學之發達，雖挽救了不少人之生命，卻留下許多四肢不全等運動器官缺損的殘障者，或其他慢性疾病（如腦中風）之病人，均需要接受長期的照顧，始能生活。而開心手術或進行胸腔手術後之病人，因手術或外傷引起疼痛，致痰液堆積，肺擴張不全。為使上述的病人以後能夠自立或增加咳嗽率，應對其進行復健，此亦可視為醫師之義務。

外科病人復健期間，施行手術之醫師除應注意病人有無手術之後遺症，如手腳麻痺、傷口潰爛、不良的呼吸型態等之外，對於術後之生活適應情形亦不能不予以注意。

病人接受手術，所造成傷口之恢復，依其所受手術部位之大小之不同而異其恢復期，因此在恢復期未經過之前，為使病人盡快恢復健康，而有治療必要時，醫師仍有予以追蹤治療之義務，即使病人已經出院亦然（醫療法第五十三條）。

九、結語

醫師一旦與病人訂立醫療契約，即負有治療病人疾病之義務，在刑法上此項作為義務，稱為保證人義務。此屬於治療疾病及防止因其疾病所發生之身體生命上危險之義務。藉此以觀，負有保證人義務之醫師，不僅負有治療疾病之義務，亦負有因治療疾病而發生之各種危險的防止義務，此即保證人義務，為此其應盡告知、檢查與復健之各項義務，以確保病人之身體生命之安全。假如醫師未盡其應盡之保證人義務而使病人之病情加重或發生傷亡結果，則醫師應負不純正不作為犯之罪責。

在一切治療方法中以手術療法之危險性最高，是以採取手術療法之醫師應盡之治療或防止危險之義務，亦最為明顯，是以有賴實施手術療法之醫師不時克盡其所負之保證人義務。

伍、醫師之轉診義務

一、前言

依目前醫學發達之情形以觀，大多數之疾病倘獲得妥當之治療，均有痊癒之機會，然而疾病之種類頗多，一般醫師無法對於任何疾病皆有能力的治療，因此對求診病人之疾病，非其能力所能治療者，即應將其轉診，不應繼續為無益之治療，以免耽誤病人接受妥當治療之時機，是以轉診應認為醫師應有之義務。

不過廣義之轉診，不限於轉院或轉所，亦應包括在同一醫院內之轉科，亦即家庭醫學科之醫師認為病人有受其他科醫師診療之必要時，應予以轉科，不應留在本科予以繼續治療。

然而轉診每有一定之要件，在符合一定要件之情況下，醫師始為轉診之建議，否則醫師並不負此項義務。在全民健保實施之後，轉診將成為制度化，亦即除非較為嚴重之傷病，如急症或重傷病人，免經轉診直接前往醫學中心（教學醫院）或區域醫院就診外，一般疾病必須由基層醫療院所轉診，始符合全民健保法律之規定，果如此，今後轉診之情形必大為增加，而病人亦應認為轉診為疾病治療必經之過程。

二、轉診義務之性質

醫師與病人訂立醫療契約之後，醫師本有治療病人之義務，然而醫師之治療義務，以醫師各有其專精的治療範圍，倘病人之疾病非其專精之醫療範圍，則不應繼續予以治療，以免耽誤病人之治療。其次，醫療設備對於疾病之治療亦不可或缺，但基層醫療院所缺少治療疾病應有之診斷、檢驗或醫療儀器或對於需要住院之病人卻無病床之設備，則醫師實無法對病人提供完整之醫療服務，對於此種情形，醫師應義不容辭而為轉診之建議。

目前醫師分科，病人之疾病屬其所屬專科時，醫師之治療能力，固可期待，但如病人之疾病非屬其所專科者，則醫療之治療能力不無問題。因此醫師診斷結果認為非其所屬科之疾病時，醫師既無治療能力，則應將其病人轉診，令其接受有治療能力之醫師治療，或有精密醫療儀器設備之醫院檢查，是以轉診應視為醫師之義務。全民健保實施後，對於有必要轉診之病人應為其開具轉診單，使其得持以轉診。

站在法律之觀點而言，轉診義務與治療義務均為法律上作為義務，而且為二種性質不同之義務，故醫師不能已盡治療義務而可免除轉診義務，從而醫師未盡轉診義務與未盡治療義務同，均應對其所發生之不良結果，不能不負法律上之責任。

三、轉診之事由

醫療法規定，醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診（醫療法第五十條第一項前段）。雖然轉診有一定之事由，然而有無轉診事由之存在，應由診斷之醫師認定，故其所為之轉診決定，不免含有主觀因素。

病人與醫師在治療過程引起摩擦，醫病關係合作不良時，醫師可以不問病因是否不明或是否可提供完整治療，而以醫院或診所設備不足或病人所患之疾病非其專精為理由而建議轉診，但徵諸事實，此屬於轉診上建議而係對病人表示拒絕治療，欲與病人終止雙方所訂立之醫療契約。

轉診之建議不應被用為拒絕治療之藉口，否則醫師仍係違反其對病人所負之繼續治療之義務，甚為不當。然而究為正當之轉診建議或不正當之拒絕治療，有時並不易分別。如果醫師為拒絕醫療而為病人之轉診，則此屬於不該轉診之病人予以隨意轉診之情形，顯然對於轉診之濫用。

四、轉診之前提要件

在全民建保實施後，除非特定疾病，如係屬於一般疾病者，病人應至基層醫療院所接受診療，經基層醫療院所初診後，認為病因不明或病人所罹患疾病非其所能醫治者，醫師始應建議病人轉診。

藉此以觀，醫師建議病人轉診應先經診斷，未經診斷，在病情不明之情況下，不應為轉診之建議。至經診斷之後，是否已經查出病因，在所不問。事實上醫師所以建議轉診，大多由於其無法會診其他科醫師或缺乏可用之診所檢驗儀器，以找出病因俾對症下藥，遂為轉診之建議。

五、轉診之時期

對於求診之病人醫師無法提供完整之醫療服務時，醫師經診療之後，既已知病人之病因，非其所能治療，即應立即為轉診之建議，但如醫師無法查出病人之病因之情形，應等待何時始應對病人為轉診之建議？假如病人之症狀已經頗為嚴重，經各項檢查、檢驗後，仍無法查出病因時，醫師在獲悉檢查或檢驗結果之後，不可再猶豫不決而應速為轉診之建議，以免耽誤病人治療之機會。

然而開業醫之中有人不經常對病人為轉診之建議，其對病因雖無法查出，但仍對病人實施症狀醫療，一直到病情惡化時，無法再實施症狀醫療時，始對病人為轉

診之建議，但此時醫師所爲之建議，每每失諸過遲，病人已失去救治之時機。

（案例）八十三年九月十八日就讀高雄縣中山工商的張姓女學生開始發高燒達攝氏四十度，並有腹痛症狀，曾被住家附近的診所診斷爲感冒而予以治療。而於二十一日晚間十時前往高雄市上民生醫院急診，經研判疑似登革熱而住院。病人在住院期間病情繼續惡化，有肝機能損壞等症狀，雖經緊急搶救仍於二十二日晚上休克不治死亡，此爲我國首例被證實爲登革熱致死病例，而初診之醫師誤診未建議轉診，與病人之死亡不無關係。

六、轉診之告知義務

病人之疾病經診斷後認爲非其所能治療或依該醫院診所之設備無法治療者，醫師決定應予以轉診時，應先對病人說明其病情、診斷結果及轉診之必要性，令病人瞭解其必須轉診。

轉診之前醫師應先告知病人轉診之理由，以盡其轉診前告知之義務，但雖然醫師爲轉診之告知，但病人未必遵醫囑而爲轉診，假如病人被告知後拒絕轉診，仍欲留在同一醫院或診所繼續接受治療，則已經盡告知義務醫師，自不應負延誤治療或不作爲之責任。

七、轉診前之處置

無論醫師對於病人爲轉診之建議，或對於危急之病人逕爲轉診，但轉診醫師將病人予以轉診之前，對於有必要急救或治療之危急病人，仍應先作緊急救治之處置或採取一切必要措施，以免在轉診途中因疾病惡化而發生危險（醫療法第五十條第一項但書）。

病人在轉診之前，病人與醫師訂立之醫療契約仍然有效，故轉診醫師對病人仍有予以繼續治療之義務。縱經診斷後，發現病人之疾病無法確定其病因，但在轉診之前，轉診醫師爲避免病人之病情惡化，仍應針對病人之症狀予以治療，不可置而不問。

八、延後轉診之責任

大部分之延誤治療莫不與延誤轉診有關，而延誤治療與每每造成病人病情之加重或發生傷亡之結果，對於因延誤治療而發生之不幸結果，未爲立即轉診之醫師，對此不能不負不作爲之法律責任。

雖然醫師已對病人爲轉診之建議，但此項建議未必爲病人所接納，如果醫師確

已提出此項建議，但為病人所拒絕，由於醫師已盡其轉診之告知義務，則醫師對於因未轉診而發生之延誤治療的不幸結果，自不應負責任。反而言之，病人接受治療後認為其罹患之疾病並未起色，因而要求為其治療之醫師予以轉診，但未為醫師採取，則醫師之延誤轉診之情形，至為明顯，自不能不負由於延誤治療而發生之責任。

九、結語

非經一次治療即可治療之疾病，基層醫療院所認為無法予以完整治療或病因不明者，即應建議病人轉移，並為其辦理轉診單及轉診病歷摘要及各種檢查報告資料，交予病人（醫療法第五十一條），使其得以順利辦理轉診。

雖然建議病人轉診，有違診所或開業醫之利益，但病人之健康更為重要，是以醫師若以其利益著想，不輕易對其無法治療之疾病為轉診之建議，病人若因而貽誤被救治之時機者，未為轉診建議之醫師，不能不負因其不作為而發生之責任。

陸、醫師之報告義務

一、前言

重病病人或受重傷者大多在接受臨終醫療或緊急醫療中不治而死，故診治醫師不失為死亡之見證人，不僅如此，診治醫師大多瞭解死者之死因。病死為生命必經之自然過程，故法律上並無特別予以重視之必要，但非病死或死於法定傳染病，則從維護公共秩序或公共衛生之觀點而言，殊屬不可忽視，所以有必要科以對於死者予以診治之醫師報告義務，俾醫師盡其報告義務後，司法機關據以處理或令衛生主管當局採取防範傳染病措施。

醫師從事臨床治療與各種病人時常接觸，病人之中有者對於公共安全構成嚴重之威脅，有者卻因無保護自己之能力而成為暴力之被害人，對於此二種病人社會必須為其採取防護之措施，而與此二種病人最有接觸者不失為曾經為其診治之醫師，是以醫療法規或相關法規亦科以醫師通報或報告義務，俾採取必要之措施。

由是觀之，從事臨床醫療之醫師因其診治過死者或病人之關係，使其被科以報告義務，此可謂為治療與其相關義務以外之另一種義務，雖與治療或與其相關義務

並無直接關係，但不失為從治療義務延伸而來之附帶義務，醫師倘違及其所負之報告義務，依其所違反者為何種報告義務而發生不同之法律效果，亦即有者不受處罰（行政罰），有者卻受處罰，不完全相同，是以有分別對於診治醫師所負之各種報告義務予以檢討之必要。

二、報告義務與告發義務

診治醫師之報告義務乃係醫療法規或其相關法規對其所科之義務，故此可視為行政法上之義務，但與此相似之對於犯罪之告發義務，卻屬於刑事訴訟法上之義務，而非行政法上之義務。刑事訴訟法對於一般人不採告發犯罪之義務，僅規定不問何人知有犯罪嫌疑者，得為告發（刑事訴訟法第二百四十條），但對於公務員却特別規定此項義務，即公務員因執行職務知有犯罪嫌疑者，應為告發（刑事訴訟法第二百四十一條）。

在刑法上公立醫院之醫師被認為依法令從事公務之人（刑法第十條第二項），故應屬於公務員，果爾則其所診治病人之受傷或因傷死亡之被害事實，如認為係由來於犯罪之侵害，則對於此項犯罪嫌疑，應向檢察官或司法警察官為告發（刑事訴訟法第二百二十八條第一項、第二百三十條第二項），以盡其告發義務。

至於非公立醫院之醫師，即使知有上述之犯罪嫌疑者，卻不負告發之義務，則其是否告發，由其自己決定，在刑事訴訟法上並無義務可言。雖如此，但仍有醫療法規或其相關法規之報告義務。易言之，診治醫師縱無刑事訴訟法上之告發義務，但仍有行政法上之報告義務，蓋醫療法規或其相關法規所規定之報告義務，對於診治醫師一體適用，不因其為公立醫院或非公立醫院之醫師而異。

三、傳染病之報告義務

疾病之產生由於特殊的感染原經直接或間接的傳染方式，由一個宿主傳給另一個宿主，故防制傳染病之發生、傳染及蔓延，我國制定傳染病防治條例。依此條例所定之傳染病共有霍亂等十一種，此外中央衛生主管機關認為有施行防治之必要，得臨時指定之（傳染病防治條例第二條第二項）。

由於傳染病之傳染、蔓延必須徹底防治，故傳染病防治條例規定各種報告與通知義務，即：

(一)診治醫師之報告義務（傳染病防治條例第二十四條）。

- (二)診治醫師以外醫事人員之報告義務（傳染病防治條例第二十五條）。
- (三)村里、鄰長、幹事、警察人員之通知義務（傳染病防治條例第二十六條）。
- (四)病人或死者之親屬或同居人等有關人員之通知義務（傳染病防治條例第二十七條）。

此外，從事解剖屍體之醫師如發現死因為法定傳染病時，應於二十四小時內報告該管主管機關（解剖屍體條例第六條）。

診治醫師、診治醫師以外醫事人員或病人死者之親屬或同居人等有關人員違反其所負之報告或通知義務者，處以罰鍰或一年以下停業處分（行政罰）（傳染病防治條例第二十四條、第三十七條）。醫師或醫事人員違反報告義務情節重大者，並得報請中央衛生主管機關撤銷其醫師或醫事人員證書（傳染病防治條例第三十四條後段），以加重醫師及醫事人員之責任。

四、愛滋病之報告義務

被稱為後天免疫缺乏症候群之愛滋病為一種傳染病，因其被視為特別傳染病，為防治起見，另外制定後天免疫缺乏症候群防治條例。為防止愛滋病毒之蔓延，該條例規定，醫事人員發現感染人類免疫缺乏病毒之患者或因感染致死之屍體，應於二十四小時內，向當地衛生主管機關報告（後天免疫缺乏症候群防治條例第五條第一項）。

負有上述報告義務之醫事人員違反其所負之報告義務者，處以罰鍰（行政罰）。醫師違反其所負報告義務情節重大者，移付中央衛生主管機關懲戒（後天免疫缺乏症候群防治條例第十七條）。

五、非病死屍體之報告義務

刑事訴訟法第二百十九條規定，遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。如發現有犯罪嫌疑，應繼續為必要之勘驗。藉此以觀，對於非病死或可疑為非病死者，檢察官應為相驗或繼續為必要之勘驗。非病死雖不以他殺為限，但以他殺為主要，故醫師法第十六條規定，醫師檢驗屍體或死產兒，如認為有他殺嫌疑者，應於二十四小時內向該管機關報告，即科以檢驗醫師報告他殺嫌疑屍體或死產兒之義務。此外醫師解剖屍體，如發現其死因為他殺、自殺、誤殺或災變時，應於二十四小時內報告該管主管機關（解剖屍體條例第六條），亦科以解剖醫師報告非

病死屍體之義務。

檢驗醫師或解剖醫師所以應報告非病死屍體於該管機關，莫非以此促使檢察官對於非病死屍體予以相驗或繼續為必要勘驗，以調查死者之真正死因，俾作為開始偵查之依據（刑事訴訟法第二百二十八條）。

六、精神病人失蹤之報告義務

依精神衛生法，精神病人分一般病人與嚴重病人，前者指精神疾病患者，後者指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，或有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為，經專科醫師診斷認定者（精神衛生法第五條）。

嚴重病人經專科醫師診斷有全日住院之必要者，無論病人接受或不接受，應強制其住院，以免對社會安全構成威脅（精神衛生法第二十一條）。惟精神醫療機構於全日住院病人擅自離院時，應即通知其保護人或家屬，病人行蹤不明時，應即報告當地警察機關（精神衛生法第二十八條第一項），以防意外之發生。精神醫療機構違反此項精神病人失蹤之報告義務者，處以罰鍰（行政罰）（精神衛生法第四十五條）。

七、受虐兒童案之報告義務

為維護兒童身心健康，促進兒童正常發育，保障兒童福利而制定兒童福利法。茲所稱兒童係指未滿十二歲之人（兒童福利法第二條第一項）。但為保護未成年人之正常發育，刑法將其年齡提高至未滿十六歲之人，即對於未滿十六歲之男女，施以凌虐或以他法致妨害其身體之自然發育者，處五年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金（刑法第二百八十六條第一項）。

為保障兒童福利，兒童福利法規定各種措施，如兒童未受適當之養育或照顧，兒童有立即接受診治之必要而未就醫者，應予緊急保護安置（兒童福利法第十五條第一項第一款、第二款），禁止對兒童為身心虐待、供應兒童毒藥、麻醉藥品（兒童福利法第二十六條第二款、第十一款）。醫師、護士知悉兒童有第十五條第一項、第二十六條各款情形或遭受其他傷害情事者，應於二十四小時內向當地主管機關報告（兒童福利法第十八條第一項）。違反報告義務者，處以罰鍰（行政罰）（兒童福利法第四十九條第一項）。

從事與兒童業務有關之醫師，如發現有疑似發展遲緩之特殊兒童，應通報當地

直轄市、縣（市）主管機關（兒童福利法施行細則第十三條），以促地方政府主管機關注意受虐兒童之個案。

八、結語

由於醫師從事治療業務，與病人接觸，因而有機會發現傳染病、精神病或受虐兒童之個案，因此站在公共衛生、公共安全及兒童福利之觀點，醫療法規或其相關法規遂科以醫師自其知悉之時起二十四小時內之通報或報告主管機關之義務，以便主管機關及時處理。

醫師所負之報告義務，雖有區別診治醫師與非診治醫師之情形（如傳染病）。但大多不限於診治醫師，即非診治醫師亦負有報告義務，亦即知悉者即應向主管機關報告，祇要知悉有傳染病或受虐兒童案之醫師，皆負有通報之義務。為維護公共衛生與兒童福利，此項規定不無必要。