

## 信賴原則在醫糾適用之類型化與 法學實證研究\*

蘇嘉瑞\*\*

### 摘 要

由於目前醫療分工已有專業化的趨勢，且組織醫療已由往昔「上下服從」關係逐漸轉變為「水平分業」關係，故須尋求一適當的類型化基準，以合理分配組織醫療中不同專業人員間的注意義務範圍與責任。本文即嘗試將源於交通事故之信賴原則，擴大使用於醫療領域，以合理分配注意義務，並緩和醫療過失責任的高度化；故首先依據組織醫療人員間之分業與監督關係、信賴原則與管理監督過失等爭點，來分析「信賴原則」的法理基礎；再以「功能性」取代「身分性」的類型化基礎，以建立醫療上「專業分工」的

---

\* 本文初稿曾以「信賴原則在醫糾適用之實證研究——期初報告」為題，發表於國立交通大學 2007 年 5 月 16 日主辦之第三屆「全國法學實證研討會」，承蒙與會學者專家提供寶貴意見，使初稿疏漏之處能有增補之機會，並得以對體系架構與理論構成大幅重整，特表感謝。實證統計部分，感謝國立台北大學統計學系林建甫助理教授（亦為醫師及密西根大學生物統計學博士）協助，特致謝忱。

\*\* 敏盛綜合醫院主治醫師、建業法律事務所律師；國立交通大學科技法律研究所博士生。

投稿日：2009 年 8 月 15 日；採用日：2009 年 10 月 5 日

分類體系；最後並以法學實證研究的方式，跨領域對於醫療人員及法律人士的探討其實際適用的可能性。

關鍵詞：專業分工、組織醫療、信賴原則、醫療糾紛、實證研究

Cite as: 7 TECH. L. REV., June 2010, at 257.

## **Reliance Doctrine in Medical Disputes — A Comparative and Empirical Study**

Chia-Jui Su

### Abstract

Due to the trend of specialization in modern medicine, medical practice in most institutes should include various qualified professionals who will not only perform their specialties independently but also collaborate each other as a team work. As such, it is necessary for us to seek categorized standards to reasonably divide the scope of the duty of care and the responsibilities for different professionals within a medical team. This article will try to apply the doctrine of reliance originated from traffic accidents to the medical field for reasonable allocation of duty of care and liabilities. After analyzing legal theories from comparative legal research, this article adopts function standard rather than identity standard as a categorization system for the liabilities of medical teamwork. Then this article utilizes empirical legal research on both medical and legal personnel to verify this categorization.

**Keywords:** Specialized Labor Division, Medical Teamwork, Doctrine of Reliance, Medical Disputes, Empirical Research

## 1. 緒論

### 1.1 問題之緣起與研究動機

隨著現代醫學的高度發展，醫療機構已逐漸強調專業分工與團隊合作，尤其在全民健保的體制之下，我國現今的醫療生態，已朝向 M 型化的發展，醫療機構組織有明顯巨大化與專業化趨勢，加上引進企業式管理及醫療機構法人化的概念<sup>1</sup>，對醫療成本及人事管理上亦產生與以往不同的現象，使得醫療行為已由過去醫師與病患間之單純法律關係，發展至更加複雜之組織醫療關係<sup>2</sup>，因此僅強調醫師個人責任與現今醫療實務運作即無法完全配合，按在醫療組織中，醫療過失之產生有時不單純肇因於個人行為，組織醫療體系中組織失靈之因素有時更占有大部分的責任<sup>3</sup>。因此本研究將以專業分工與組織醫療的現況出發，重新檢視現行醫療行為關係及責任。

早期醫師主導及統籌所有醫療活動，而以醫療輔助人員為手足，故審視所有醫事人員法規中，可發現僅有醫師法並未明文規定醫師之業務範圍，而僅以行政函釋的方式來界定醫療行為的範疇<sup>4</sup>，相較於其他醫事人員法規，則皆有一章節列明其「業務及責任」範圍，故早期以醫師為首，而其他醫療人

---

<sup>1</sup> 蘇嘉瑞等，「論醫療社團法人對醫務管理的影響」，醫務管理期刊，第 8 卷第 3 期，頁 195-215（2007）。

<sup>2</sup> 康弼周，組織醫療過失責任歸屬之研究，頁 470-471（2000）。

<sup>3</sup> 如著名的仁愛醫院與邱小妹事件，無論衛生署訴願決定或地院判決皆認為醫療制度的不完備為該次不幸事件的發生主因。而其他相關論述，亦可參見楊允伸，組織醫療責任歸屬之研究，東吳大學法律學研究所碩士論文，頁 65-89（1997）。

<sup>4</sup> 「上揭所稱醫療行為，係指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱。此一定義，於醫師、中醫師、牙醫師均適用之。」（83）衛署醫字第 83068006 號函，轉引自施茂林，醫療衛生法規，頁 704-705（2003）。

員為輔的時代，一旦發生醫療事故，由醫師負起全部醫療責任，似無不妥。然而，隨著醫學研究及醫療技術的發展，醫師窮個人一己之力，已無法統合與全然掌握，醫療上的分工也日趨精細、專業化；不但醫師內部開始專科醫師化，其他醫療輔助人員，也依據不同的專業知識與技術資格，自得獨立執行其業務，例如「醫藥分業」自 1997 年亦開始施行，醫師的調劑權即加上諸多限制，醫師、藥師兩者之間權利義務的糾葛亦導致著名的「門前藥局」事件，也使多達數百位醫師、藥師曾接受檢調偵訊或相關處分<sup>5</sup>。於組織醫療中，已由往昔「上下服從關係」逐漸轉變為「水平分業關係」，宜尋求一適當之認定標準，以合理分配組織醫療人員之注意義務範圍<sup>6</sup>。

況司法實務對於組織醫療的責任分配尚稱分歧，如以同樣都是護理人員拿錯藥劑打錯針的判決事實為例，似乎也有不同的判決結果。首先，在北城婦幼醫院的案例中，護士因未履行三讀五對而拿錯麻醉藥劑當成疫苗注射，而開立該處方的小兒科醫師並無刑事上監督疏失之責，判決理由為「注射行為係醫療輔助行為，自得在醫師之指示下為之，『指示』得由醫師視情況自行斟酌指示方式或醫囑為之。護士黃××為具合法資格之護士，於執行注射疫苗業務時，仍需獨立進行三讀五對流程，並非指醫師應該要將商品名稱逐字拼音供護士核對，而護士僅需機械性地進行注射手續而已。」（板橋地院 92 年度矚訴字第 1 號參照）。然而，於另一麻醉護士拿錯止血劑當成麻醉劑的打錯針而言，則該產科醫師則須負監督疏失的過失之責，該判決理由則又以「又在麻醉手術實施前之取藥行為，係屬醫療輔助行為，醫師在指示有適當訓練及經驗之合格護士準備麻醉藥物時，尚須親自核對藥劑容器之標籤外

<sup>5</sup> 醫藥分業之依據為藥事法第 102 條：「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限」；亦可參見，蘇嘉瑞等，「『門前藥局』對醫藥界的衝擊與後續法律發展」，台灣醫界，第 49 卷第 12 期，頁 39-44（2006）。

<sup>6</sup> 許世賢，信賴原則於醫療過失之適用，中興大學法律學研究所碩士論文，頁 1-5（1997）。

觀，或口頭詢問護士，確認其準備注射之藥劑無誤，以避免危險之發生。……則醫療行為中之信賴關係，自應限於依法得獨立執行醫療業務人員，如上開醫師執行醫療業務與藥師從事藥品調劑間，始有適用<sup>7</sup>。」

然若以純粹醫療觀點，來探究此二過失犯罪的行為本質，並無「實質」上的不同，而引發本文之研究動機與問題意識<sup>8</sup>。上開二案件在「實質上」都是護士拿錯藥品打錯針，皆肇因於取藥時未確實執行「三讀五對」的注意義務，兩者之取藥行為亦皆定性為「醫療輔助行為」，而前案之小兒科醫師無須將商品名稱逐字拼音供護士核對以避免錯誤，並無監督疏失之責；對於後案而言，該產科醫師卻須親自核對藥劑容器之標籤外觀或口頭詢問護士，以避免危險之發生；然麻醉護士獨立施行半身麻醉步驟實屬醫療常態，該過失亦同樣僅為護理人員未確實執行三讀五對，且該麻醉護士亦經完整麻醉訓練而具備合法資格以執行麻醉步驟，然卻僅因「形式上」認定「施打麻醉行為」係屬「醫療行為」，而推導出麻醉護士非屬獨立執行醫療業務的人員，致使該產科醫師無法主張「實質上」信賴其他醫護人員也能遵守其注意義務地進行醫療行為，進而於判決理由中排除適用「信賴原則」，認定該醫師須負監督疏失之刑責。

故本文即以此二案例，對源自交通事故的「信賴原則」，嘗試再加以深化及廣化。首先，將深入分析其適用要件，思索推廣適用於醫療事故的可能性或相關限制。其次，對於「信賴原則」的適用基礎——專業分工，除一般之垂直分工與水平分工外，再加以類型化與細緻化，並提出新型態的分類架構；再者，在方法論上，並希望能將法學研究方法交錯適用以增強批判性，

<sup>7</sup> 台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號；最高法院 94 年度台上字第 1403 號判決，司法院法學資料檢索系統：<http://jirs.judicial.gov.tw/FJUD/index.htm>（以下所引用之判決亦來自同一來源）。

<sup>8</sup> 作者曾於中華民國法官協會於最高法院所舉辦之醫療法律學術研討會（2007 年 5 月 11 日），為文對此二案例加以比較及提出論述；參見蘇嘉瑞，「醫療糾紛刑事訴訟之實證與趨勢」，法官協會雜誌，第 9 卷第 1 期，頁 54-70（2007）。

故在經過比較法、文獻分析法、實務判決評釋分析後，再以法學實證研究方法來分析，並實際瞭解在醫療糾紛法庭活動的關係人——醫療人員、法律人員（亦即事件實施者與事件評價者），對於同一事件在不同背景下的立場，並與前述傳統方法論加以探討與比較。因為只有調整現今之法律歸責制度，由僅強調個人過失責任或無過失責任，轉而對組織醫療重建完整的責任體系，否則極易因責任混淆不清，導致組織醫療的醫事人員不但不願勇於任事，面對病人更僅能藉由防禦性醫療之心態以自保，甚至容易推諉卸責，不但不利於病患就診時之利益，更對醫學環境的發展投入令人擔憂的變數。

## 1.2 研究方法

本文首先依據現行醫療機構之臨床運作體系，初步先依照德國法之分類方式，提出醫療上「專業分工」的體系架構，亦即依據不同醫療專業間的「監督服從」與「分配合作」關係，而可區分為「垂直分工」與「水平分工」。所謂「水平分工」係各醫療專業依其權責劃分各司其職，並無直接隸屬或監督受命關係，此種分工型態也是「信賴原則」所典型適用的對象。而所謂「垂直分工」則指一種具有上下位階及指令拘束關係的「階層性結構」（*hierarchische struktur*），亦即醫療人員本於組織醫療之階級性，而有受命服從義務（*weisungspflichten und weisungsgebundenheit*）<sup>9</sup>。本文再依據目前臨床醫療實際運作的情形，將「垂直分工」依據該監督服從關係（係存在於醫師與醫療輔助人員間或是上下層級醫師間）再細分為「垂直外部分工」與「垂直內部分工」；又將「水平分工」依據不同專科間依賴強度不同的性質，分為「參考型分工」與「依賴型分工」，如此將可囊括目前臨床實務上大多數之醫療分工類型。

其次，在法學方法論上，本文期待能將不同的法學研究方法交錯適用，增加學術的批判性，並期待能走出繼受而邁向立論，尤其目前將法社會學或

<sup>9</sup> 王皇玉，「德國醫療刑法論述概說」，月旦法學雜誌，第 170 期，頁 141-144（2009）。

實證研究方法相結合已漸受重視，相關法學論著亦漸為法律學界所接受<sup>10</sup>；且由於「信賴原則」與「組織醫療」間的法律問題，不但牽涉到法律界對於「信賴原則」之詮釋，也需兼顧醫療界對於「組織醫療」於臨床運作之實際情況，方能避免「信賴原則」的適用流於理論上的空泛討論。有鑑於此，本研究嘗試除了從法釋義學逐層分析法理依據外，並將以國外比較法、文獻分析及相關實務判決評釋，利用實證統計方法來分析組織醫療運作中各成員間之權利義務關係，尤其希望能藉由對於法律界與醫療界間的跨領域整合，而能從不同角度及立場，對於司法人員與醫療專業人員的認知加以分析，並將之與傳統法釋義學所得之結果加以比較及對照，方能得到除了邏輯推演之外，較能切近真實的法律研究<sup>11</sup>，以期提供作為處理相關醫療事件之參考。

### 1.3 研究限制

由於醫療上之「信賴原則」，尚可分為對於第三人之信賴（即醫療人員與醫療人員間）或對於被害人（即醫療人員與患者間）所存在之信賴關係，對於前者所稱之醫療人員間的信賴原則（或可稱為醫療關係之內部信賴），本文將依照組織醫療人員間之分業與監督關係、醫療上「專業分工」的分類體系，以及信賴原則與管理監督過失如何對應等爭點，依據實證分析加以討論。

後者所稱之醫師對患者之信賴原則（或可稱為醫療關係之外部信賴），意指患者方面亦有配合醫囑與協力義務的共同責任，在診療時，患者若是對

<sup>10</sup> 以法社會學或實證研究之法學論著如：王皇玉，「認罪協商程序之法社會學考察：以台灣刑事司法改革為例」，台大法學論叢，第 37 卷第 4 期，頁 65-107（2008）；黃國昌，「我國勞動訴訟之實證研究——以第一審訴訟之審理與終結情形為中心（上）」，政大法學評論，第 106 期，頁 203-247（2008）；陳昭如、張晉芬，「性別差異與不公平的法意識——以勞動待遇為例」，政大法學評論，第 108 期，頁 63-123（2009）。

<sup>11</sup> 劉宏恩，「書本中的法律（Law in Books）與事實運作中的法律（Law in Action）」，月旦法學雜誌，第 94 期，頁 282-287（2003）。



於醫師之問診，多所隱瞞或為虛偽陳述，致醫師作成錯誤診斷與治療方針；或於診療後，不遵守醫囑或建議，致病情惡化或造成傷亡時，醫師似可對患者主張信賴原則。然因患者方面多不具專業知識，且其身心狀況不佳，故醫師對患者之「信賴原則」的適用有較多限制，須醫師已盡必要之注意義務，事故之發生亦可歸責於患者，且信賴具有相當性時，始可適用信賴原則<sup>12</sup>；此一部分則非本文討論之範圍，本研究將僅限於討論醫師對於第三人之信賴（即醫療人員與醫療人員間）可否適用於醫療糾紛之中。

## 2. 法學方法論——法學理論、比較法及實務判決評釋

本文主要討論的內容，除了傳統上對於「信賴原則」係以「容許危險」為基礎之論述外，另外，對與組織醫療與專業分工相關之「管理監督過失」與「過失共同正犯」亦一併加以討論。至於法學方法論則先以法學理論分析、比較法及實務判決評釋之方式，對上開議題展開討論。

### 2.1 容許危險與信賴原則

依傳統過失理論，行為人主觀上既預見其所實施之行為，有引起法益侵害之可能，且客觀上將此種具有危險的行為付諸實施，則對其行為所引起之結果，即應負過失責任。然而，因現代社會與高度文明的發展，某些種類有益於社會目的之行為，其性質上常含有侵害法益之危險，惟既已為維持現代化之文明生活所不可或缺，倘認其違法，則現代社會生活將無法實際運轉，社會進步亦勢必停滯不前。

因此，目的行為論者倡導「人的違法觀」，提出符合社會相當性之行為無價值論，以彌補前述矛盾，而發展出容許危險，此種危險如在社會上一般生活認為相當時，即係為已被容許之適法行為。容許危險之行為，如行為人

---

<sup>12</sup> 許世賢，前揭註6，頁20-25。

已遵守各種注意義務時，則對於結果發生之事實上預見可能性應被否定<sup>13</sup>。

信賴原則，源於交通事故之判例，係為調和交通上的大眾安全及交通事業之社會功用，而妥適分配所有活動參與人所應負擔之危險及注意義務，主要認為若是嚴格依據過失理論，要求汽車駕駛人均需預見其他之交通參與者可能的不適切行動，因為既有預見可能性就會產生預見義務，自然導致迴避義務的產生，若依此判斷有無過失，就會發生駕駛人駕駛汽車時，需將速度降至隨時可以停車之程度，以免發生事故。如此，自然喪失了汽車所應具有之高速度機能並妨害應有的生活便利，顯不符合現代文明生活方式，故信賴原則係限定「容許危險範圍」之準則。至於容許行為與信賴原則，皆係「新過失理論」之產物，然「容許危險」之界限取決於行為人有無違反注意義務；「信賴原則」係基於危險責任分擔，為判斷過失有無之準據，而具有有限容許危險範圍之作用。蓋行為人信賴他人可為適切行動，且該信賴於社會生活係屬相當時，縱發生不幸結果，仍可否定行為人之過失<sup>14</sup>。亦即對於「過失」的認定，原先係基於注意義務與預見可能性，而導出「對於他人不適切的行為無法預見」，然而，在信賴原則的適用下，對於無過失之認定，則轉為「信賴他人不致有不適切之行為」，此為兩者之最大區別。

在法理上，「信賴原則」即係為適應今日之交通環境，以調和一般大眾生命在交通上之安全（個人利益）與交通事業之社會效用（公共利益）。而該原則的目的，乃在於使從事交通事業者與一般行人，均負有預防危險發生之注意義務，並適切地分配各參與人員及一般公眾所應負擔之危險及注意義務，即所謂「適當的分配交通上危險之原則」（*grundsatz der angewessnen verteilung der verkehrsfahren*）為基礎，而產生所有參與交通之人，如無特別事由，無妨信賴其他參與者亦能遵守交通規則與交通道德，並在交通上互

<sup>13</sup> 朱家蓉，過失理論的建構與發展——兼論管理、監督過失，中央警察大學法律研究所碩士論文，頁 221（2005）。

<sup>14</sup> 張美蓉，「過失犯與信賴原則之探討」，憲兵學術半年刊，第 57 期，頁 103-112（2003）。

相謹慎地採取適切行動之所謂「生活上當然信賴之原則」，以下簡稱「信賴原則」（*vertrauensgrundsatz*）<sup>15</sup>。

## 2.2 管理監督過失與信賴原則

相較於民法早已發展出「管理監督」的責任體系，過去刑法上對於過失犯罪之研究則主要以單一正犯為主，對於「過失共同正犯」之概念，則尚未為國內通說所承認，然而，由於現代社會的常態性分工，也有了新型態的連帶過失類型，而稱之「管理監督過失」，如現代型的「組織醫療」即為是例。所謂「監督過失」係指兩個以上有監督關係的行為人，由於被監督者在監督者之疏忽之下而實施了犯罪行為<sup>16</sup>；而所謂「管理過失」係指並無被監督者本身的行為介入其間，而係對於設備組織及管理制度等體制缺失而導致的過失<sup>17</sup>。

所謂「管理監督過失」，以日本為代表性的國家，該理論原係為解決大型災害中特殊過失之認定標準與責任歸屬，並對於複雜的因果關係及預見可能性加以分析，以期對於複雜的管理監督關係合理分配其過失責任；故開始思考直接過失行為人以外的責任，特別是上位者坐擁危險行為而得到的重大利益卻擔負著較輕責任，然而，要證明上位者之因果關係實非易事，故如何打破「位高責輕」此種一般過失理論下不合理的結果，而能塑造更符合現代分工下的犯罪處罰模式，實有其必要<sup>18</sup>。

然對於「過失共同正犯」是否可能成立，實務界一向採取否定態度，認為過失犯既然無法產生犯意聯絡，即便有共同過失造成法益侵犯，也僅能各自成立單獨的過失，並無成立共同正犯的可能。不過，部分學界卻有不同看

<sup>15</sup> 許世賢，前揭註 6，頁 18-20。

<sup>16</sup> 前田雅英著，吳昌齡譯，「監督過失」，*刑事法雜誌*，第 36 卷第 2 期，頁 38（1992）。

<sup>17</sup> 朱家蓉，前揭註 13，頁 176。

<sup>18</sup> 朱家蓉，前揭註 13，頁 190-195。

法，認為若是數行為人有一「整體注意義務」，如其均違反此一注意義務，則有可能會構成一個「共同注意義務的違反」，反可取代「共同的犯意聯絡」，而有構成「過失共同正犯」的可能<sup>19</sup>，不過，其相關理論還有待進一步的研究。

如前所述，「管理監督過失」係擴大過失適用的一種理論，然而，「信賴原則」卻是限縮過失適用的一種原則，是否可以相互適用，頗有疑問；首先，在「管理過失」上，由於係屬自己責任，並無可信賴之他人，故管理過失不適用信賴法則並無疑義；然而，「監督過失」在日本就有見解歧異的兩派學說，肯定說係認為現代社會本存在監督者對被監督者實質信賴的情形，也是現代社會業務分工的必然；並認為利用信賴的相當性來阻止無限擴大的預見可能性確屬必要，且認為監督責任與交通事故具有相同的性質。而反對說則認為監督關係具有支配服從關係，而與交通事故的平等對等關係全然不同，且認為如果分業體制適用信賴原則，則監督者之監督過失責任將可輕易免除，使得過失責任再回到過去懲罰採取「頭輕腳重」的不合理現象<sup>20</sup>。

至於折衷說則認為對於「管理監督過失」與「信賴原則」須採取嚴格的限制條件，並提出主要限制條件有三：1.分業體制的確立：既然分業體制間須存在有實質相當信賴，則分業體制下權責須明確劃分與充分實際授權。2.業務分擔者須具備專業能力：應依據其業務性質不同而有專門技能或證照。3.實質的信賴關係：監督者與被監督者須有一定期間的觀察與合作關係，方能信賴被監督者除了具備其專業能力外，能遵守相關監督者之相關指令並確實執行<sup>21</sup>。

<sup>19</sup> 同前註，頁 175-187。

<sup>20</sup> 肯定說為西原春夫教授所主張，而否定說則為井上佑司所強調；同前註，頁 221-229。

<sup>21</sup> 李明洲，公共建築物火災死傷事故刑事責任之研究：以管理、監督人「業務上過失致死傷罪」之研究為中心，中興大學法律學研究所碩士論文，頁 91-92（1997）。

## 2.3 比較法與相關實務判決

信賴原則，自德國於道路交通領域實質採用以來，瑞士、奧地利、日本及我國之最高法院亦已將此原則實質採用並引為判例，茲分述如下：

### 2.3.1 比較法

德國帝國法院採用信賴原則，始自 1935 年 12 月 9 日第二刑事部之判決：「汽車駕駛人應預防行人可能違反交通規則而不為適切之行動，固屬正確，惟此種心理狀態，僅就日常生活所必要及自汽車交通之本質、特性、情況等範圍內予以考慮，始為妥當，故汽車駕駛人無須全盤考慮行人不適切行動，僅就現存之事實為合理之考慮，並留意其得預見之不適切行動即足<sup>22</sup>。」而首先引用「信賴」一詞者，實係 1954 年 7 月 12 日之聯邦最高法院民刑聯合總會決議：「在幹道上行駛之駕駛人，其速度應依交通規則及交通情況而定，但原則上，得信賴無法預見且有等候義務交通參與人將重視其優先通行權，故幹道駕駛人於行經被建築物遮阻視野不良之交岔路口時，並無減低其速度以便隨時停車之義務<sup>23</sup>。」

日本在交通事故中採行信賴原則者，首先，則視是適用於特種車輛（如救護車、消防車等）與一般車輛發生交通事故之情形；而日本最高法院明白採行信賴原則，進而否定被告之過失，則始自昭和 41 年 12 月 20 日的判決：「被告駕駛之汽車，行至未施行交通整理之十字路口，在車道中央附近，於向右轉彎之途中，引擎暫時停止，經再度發動引擎，而以時速約五公里之速度（步行者之速度）向前行進。此時汽車駕駛人，如無特別情事，其信賴自右方駛來之其他車輛，必能遵守交通規則，並採取適切之行動，以迴避與自己之車輛相撞，而為駕駛即已足<sup>24</sup>。」

<sup>22</sup> 轉引自許世賢，前揭註 6，頁 22-24。

<sup>23</sup> 同前註，頁 22-24。

<sup>24</sup> 同前註，頁 26-30。

### 2.3.2 我國最高法院

我國最高法院在經過多年的審判經驗，亦發展出所謂信賴原則以處理過失犯之成立問題，並於 1999 年 11 月 30 日將 84 年度台上字第 5360 號判決採為判例，由於最高法院對於「信賴原則」在甚多判決中屢次闡釋，故將判決意旨臚列如下，藉以方便觀察一系列實務見解之演進<sup>25</sup>：

1. 70 年度台上字第 6963 號判決：此應為我國法院於交通過失之判決中，最先出現「信賴」二字者，謂「汽車駕駛人應可『信賴』參與交通行為之對方，亦將同時為必要之注意，相互為遵守交通秩序之適當行為，而無考慮對方將有偶發的違反交通規則之不正當行為的義務。」

2. 72 年度台上字第 5258 號判決：「參與交通之人，除應依道路交通安全規則為一般之注意外，尚有依實際情況而異之特別注意義務。雖駕駛人應可信賴其他參與交通之對方，亦能遵守交通規則，同時為必要之注意，謹慎採取適當之行動，而對於不可知對方違規行為並無預防的義務。然因對方違規行為所導致之危險，若屬已可預見，且依法律、契約、習慣、法理及日常生活經驗等，在不超越社會相當性之範圍應有注意之義務者，自仍有以一定之行為避免結果發生之義務。因此，關於他人之違規事實已極明顯，同時有充分之時間可採取適當之措施以避免發生交通事故之結果時。」

3. 74 年度台上字第 4219 號判決：同 72 年度台上字第 5258 號判決意旨。

4. 83 年度台上字第 5470 號判決：「汽車駕駛人除應依道路交通安全規則為一般之注意外，尚有依實際情況而異之特別注意義務，故所謂信賴原則之適用，應以自身並未違規為前提。」

5. 84 年度台上字第 5360 號判例：「汽車駕駛人對於防止危險發生之相關法令之規定業已遵守，並盡相當之注意義務，以防止危險發生，始可信賴

---

<sup>25</sup> 黃朝貴，「從過失犯之要素評最高法院所謂之信賴原則（上）」，法務通訊，第 1987 期，頁 5-6（2000）。

他人亦能遵守交通規則，並盡同等注意義務，若因此而發生交通事故，始可以信賴原則為由免除過失責任。」

6. 85 年度台上字第 2096 號判決：必須駕駛人本身依規定駕駛。

7. 85 年度台上字第 5853 號判決：須在駕駛人無違規之前提下始有適用之餘地。

8. 86 年度台上字第 1427 號判決：信賴原則須本身無任何過失。

9. 86 年度台上字第 2462 號判決：信賴原則須本身無任何過失<sup>26</sup>。

10. 87 年度台上字第 1993 號判決：上訴人因本身違反交通規則，有如上述，原審因而認其不得主張有信賴原則之適用。

11. 88 年度台上字第 1852 號判決：「所謂信賴原則，指行為人在社會生活中，於從事某種具有危險性之特定行為時，如無特別情事，在可信賴被害者或其他第三人亦會相互配合，謹慎採取適當行動，以避免發生危險之適當場合，倘因被害者或其他第三人之不適當行動，而發生事故造成損害之結果時該行為人不負過失責任。依此一原則，汽車駕駛人應可信賴參與交通行為之對方，亦將同時為必要之注意，相互為遵守交通秩序之適當行為，而無考慮對方將會有違反交通規則之不當行為義務，故汽車駕駛人如已遵守交通規則且為必要之注意，縱有死傷結果之發生，其行為仍難認有過失可言。」

以上所有實務判決，仍不脫適用信賴原則之前提須以本身無過失為要件。

## 2.4 信賴原則的適用要件——定型化

在最初的交通事件適用信賴原則為例，學者認為其適用要件須含客觀要件及主觀要件，前者包含：1.交通快速順暢之必要性；2.交通規則的教育普及；3.道路環境規劃完備定型，而「定型化」的要件，常是現代「專業分工」所能適用信賴原則的重要因素；後者則包含「信賴存在」、「信賴相當

<sup>26</sup> 參見黃榮堅，「交通事故責任與容許信賴——評最高法院八十六年台上字第二四六二號判決」，月旦法學雜誌，第 50 期，頁 178-189（1999）。

性」與「自己不違規」<sup>27</sup>。

然何謂「相當」，依信賴原則之定義<sup>28</sup>：「如無『特別情事』可信賴他人採取適當行為……」，該「特別情事」係指不合乎一般社會生活之倫理秩序或是社會相當性之情形，學說上也舉出數種例示情況：1.行為人本身違反交通規則致生事故。2.常於預見對方有違反交通規則行動者（如年齡較幼，或其心理或生理因素）。3.常能因道路狀況預見交通事故其發生頻率將較高。4.行為人能於合理時間內採行必要措施以防免事故；然而，還是需依個別之案例，觀察其行為在遵守必要規則及注意義務時，有無預見可能性，是否與社會生活相當，若有相當的蓋然性信賴他方能為適切行動時，即可適用信賴原則<sup>29</sup>。

## 2.5 信賴原則之適用界限——是否以「本身不違法為前提」

信賴原則之適用是否以行為人本身未違反注意義務為前提，在學術界或實務界皆為引起最大爭議的問題。實務界以最高法院 84 年度台上字第 5360 號判例為代表：「汽車駕駛人對於防止危險發生之相關法令之規定業已遵守，並盡相當之注意義務，以防止危險發生，始可信賴他人亦能遵守交通規則，並盡同等注意義務，若因此而發生交通事故，始可以信賴原則為由免除過失責任。」亦即須在駕駛人無違規之前提下，始有適用信賴原則的機會。

然有學者認為<sup>30</sup>，信賴原則本質係容許危險在判斷行為人注意義務時的具體展現，倘若行為已確定創造非容許危險時，信賴原則根本就沒有被檢視的必要。亦有學者批評，我國最高法院所謂信賴原則，只侷限於注意義務，全然未考慮過失要素中的預見可能性，且過度強調以遵守交通規則為前提，

<sup>27</sup> 許世賢，前揭註 6，頁 41-43。

<sup>28</sup> 最高法院 88 年度台上字第 1852 號判決。

<sup>29</sup> 許世賢，前揭註 6，頁 43。

<sup>30</sup> 李之聖，「過失犯理論與信賴原則之變遷與檢討——兼論醫者對患者之信賴」，刑事法雜誌，第 51 卷第 4 期，頁 104-142（2007）。



將交通違規與違反注意義務劃上等號，並認為在多數車禍案件中，所謂的信賴原則係在詮釋肇事結果之不可避免性，若依傳統過失理論分析，較接近結果預見可能性之判斷，而非注意義務<sup>31</sup>；因此所謂信賴原則，應指在交通事件中，行為人對結果之發生是否可以預見，若對結果之發生無法預見，而不能避免者，即無過失責任，與行為人是否違反交通規則，並無必然關係，從而該學者導出以下結果：1.行為人已遵守交通規則，且對結果之發生不能預見者，無過失責任。2.行為人已遵守交通規則，但對結果之發生可以預見者，仍應負過失責任。3.行為人未遵守交通規則，且對結果之發生可以預見者，應負過失責任。4.行為人雖未遵守交通規則，但對結果之發生不能預見者，仍不須負過失責任<sup>32</sup>。上述關於信賴原則之適用，是否以行為人本身未違反注意義務為前提的爭議，亦將其導入本文實證分析之中。

### 3. 信賴原則適用之擴大

#### 3.1 擴大趨勢

然因現代科技的進步與事務專業化，多數人分工合作的作業模式已成常態，然在分工體系下，若課以各個行為人對於其他工作參與者也需負相互注意的義務，似無必要；分工體系下的共同行為人應可信賴其他參與者能採取適切之行為，而僅注意自己之工作部分即可；由此，「信賴原則」不僅可適用於交通事故之個人型過失，更應擴大適用於分工體系下的組織型過失。而隨著醫療技術之發展，分工越趨精細而專業化，醫療團隊中的小組成員各司其職，此時對於因他人之不適當行動所造成之事故，即有必要適用信賴原則，否定其過失責任。

而「行為定型化」係適用信賴原則之先決條件之一，因現代型醫療作業

<sup>31</sup> 黃朝貴，「從過失犯之要素評最高法院所謂之信賴原則（下）」，法務通訊，第1988期，頁5（2000）。

<sup>32</sup> 同前註。

已趨於固定，亦即廣泛制定及適用標準作業程序（Standard Operative Procedure, SOP），各行爲人已能預測他人爲異常行爲之可能性低，而合理信賴對方能採取適切行爲，故信賴原則應能擴大適用於現代化的組織醫療型態。例如由醫療小組進行手術時，手術醫師可信賴麻醉醫師已爲適當麻醉，且因目前之外科手術已有定型化趨勢，即手術前準備工作與手術中防護設備均屬固定，其與現代交通行爲相類似，可適用信賴原則<sup>33</sup>。

### 3.2 擴大適用「信賴原則」於醫療糾紛之問題點

由於組織醫療過失，係爲達成特定醫療目的而依其專業而分擔共同作業，其成員相互間之信賴關係與個人型之交通事故則有以下不同之處：1.適用主體關係不同：此因組織醫療人員間的信賴原則，係對於適用於加害者，而非如典型車禍事件之適用受害者（亦即係對第三人之信賴）。2.參與者間有無指揮、控制權限：在垂直分工類型時，可能須依據雙方指揮監督的強度來判斷。3.目的不同：車禍事件雙方各自有不同目的。然而，組織醫療僅係專業分工以達成同一目的。4.個案差異程度不同：車禍事件較單純，然組織醫療之分工類型十分複雜，有平行分工、垂直分工等不同類型，故複雜程度差異甚大<sup>34</sup>。

故當組織醫療行爲適用信賴原則時，則應斟酌下列諸點：1.業務分擔之確立：如其業務不能爲合理之危險分擔時，不適用信賴原則，例如共同醫療行爲，如未能明確劃分權責，即不適用信賴原則。2.業務分擔者之專業能力，例如組織醫療中，如醫師對護士、藥師、麻醉師等人員之個人之資格、能力、知識或經驗等有疑義時，應課以醫師監督或檢查之義務。3.業務之性

<sup>33</sup> 黃嘉烈法官於研究報告中論述「信賴原則」時，則提到「手術之際醫師可信賴其他共同參與共同作業之人，均能適當之注意而順利完成工作，則如非醫師之差錯而發生之不良後果（如麻醉師麻醉不當，護士未將工具完全消毒所致不良後果）不得由醫師負責」，參見黃嘉烈，企業犯罪——以缺陷商品刑事責任為中心，頁 386（1991）。

<sup>34</sup> 許世賢，前揭註 6，頁 97-103。

質：業務之危險性越高者，注意義務之範圍越廣，適用信賴原則之範圍越狹<sup>35</sup>。

### 3.3 適用信賴原則之代表案例——北海道大學附設醫院電動手術器事件

此判決乃日本實務判決率先將原本適用於交通事故中的信賴原則引進醫療事故中，並說明信賴原則之判斷標準，對現代型組織醫療與專業分工的適用，具有開創性之意義，以下說明之<sup>36</sup>。

該判決係於北海道醫學部附設醫院於幼兒心臟手術時（patent ductus arteriosus），正式手術前由於看護婦（護士）準備其器材時，將電動手術器（指手術電燒刀，功用為通電後產生高熱，手術中用以止血或燒開組織）與電極貼片之接頭誤接，故雖然該心臟手術順利完成，然因電動手術器通電後形成一錯誤電氣迴路，而使貼於右下肢之電極板導電發出高熱，致右下肢深度燒傷，組織壞死而必須截肢，地方法院判決該看護婦成立過失傷害，而醫師則可依據「信賴原則」獲判無罪，最後並獲得札幌高等法院維持無罪判決確定<sup>37</sup>。

該判決認為執刀醫師無罪之理由，則以：1.該醫師對電線之誤接並無具體的預見可能性；2.對電線之連接並無檢查確認之義務；3.執刀醫師與護士之業務範圍明顯區隔；4.遵守手術時醫療慣例之之效果。此外，並依據該醫師與護士間對於電動手術器之危險性與認識及連接電線之業務分擔，而認為該醫師對護士之信賴確實具有相當性，並提出八點判斷因素：1.參與本件手術者之業務分擔；2.護士之輔助行為的範圍及醫師監督責任之限度；3.組織醫療中執刀醫師之地位；4.本件手術之性質；5.手術前執刀醫師本來的任務；6.助

<sup>35</sup> 同前註，頁 97-103。

<sup>36</sup> 曾淑瑜，「信賴原則在醫療過失中之適用」，月旦法學雜誌，第 28 期，頁 90-91（1997）。

<sup>37</sup> 札幌地方法院昭和 49 年 6 月 29 日判決、札幌高等法院昭和 51 年 3 月 18 日判決。

理護士之能力及作業的性質；7.有無危險預兆；8.執刀醫師之負擔與防止事故之對策，以此八點判斷因素來綜合加以判斷<sup>38</sup>。

### 3.4 不適用信賴原則之代表案例——千葉大學附設醫院採血過失事件

雖然本案判決結果與前案相反，然本案則對於醫師的監督責任與確認義務加以進一步的闡釋，法院甚至指出舊有之醫療常規或慣行，若係為不良慣例，則仍不得據以免責，尤其於教學醫院（大學附設醫院）之醫師，法院似乎認為須有更強之義務，應慎重檢討現行慣例之可行性，而不宜盲從現存之各種醫療慣例，是以法院似乎藉此案例揭發醫療從業人員向來依循之種種不良慣例，故該判決實有不可或缺之重要性。

案例事實則為，昭和 44 年於千葉大學附設醫院，醫師 A 以電動抽血器採血，然而，護士卻將負壓裝置（具抽吸功能）調成正壓裝置（具打氣功能），致醫師之採血針刺入供血者 C 之靜脈後，該電動抽血器即逆向將空氣打入血液中，造成氣體栓塞（air emboli）致死<sup>39</sup>。

法院認為，醫師係實施醫療行為之主體，醫師以外參與醫療者應受其指示、監督，醫師雖得以護士為診療輔助者，但不能免除監督責任，除非評估器械之構造以及護士之經驗能力，由護士單獨為輔助行為之危險性甚低，此時，醫師始可主張其信賴護士之行為具有相當性，而無監督義務。由於本件使用之電動採血器之危險性高，醫師尚不得完全信賴護士之操作，而須盡到再次檢查及確認的義務。雖然醫師提出答辯，指出依據當時一般醫院慣例，電動採血器之操作確實均由護士負責，業務分擔已然確立，然法院仍認為由於該器械兼具吸引與打氣雙重功能，醫師對於此種用法所導致之危險應可預知，不可因醫院內不良的醫療慣例，即降低其應有的注意義務<sup>40</sup>。簡而言

<sup>38</sup> 許世賢，前揭註 6，頁 110-125。

<sup>39</sup> 同前註，頁 126-135。

<sup>40</sup> 同前註。

之，該判決似乎認為即便是醫院慣行或不良的醫療常規，若是該醫療步驟的風險大於醫療輔助人員的能力，醫師無法免除監督及注意義務。

## 4. 專業分工的類型化基礎

接續前段之說明可知，醫療糾紛能否適用「信賴原則」，須以「醫療專業分工」或是「醫療行為定型化」為其重要前提；本文則捨棄組織醫療關係中一般論文採取之分類方式，舊有文獻多依據形式上「專業身分別」的分類方式<sup>41</sup>，例如以醫師、藥師、醫檢師、護理人員之身分來分類；本文認為，應該改採取「功能性分類」，亦即依據組織醫療中醫療人員間「分工性質」來分類，因為僅由身分關係實不足以表彰其專業分工之內涵；例如在本文前言中，作者所曾提出的打錯針案例，雖然其身分關係上同樣為護理人員（合格的麻醉護士與合格之小兒科護士），因未遵守三讀五對而拿錯藥劑打錯針，雖然兩者皆為醫護關係，然因其分工性質不同，對於同案正確指示其注射的醫師，卻造成歧異的判決結果<sup>42</sup>，故依據不同醫療專業間的「監督服從」與「分配合作」關係，將其區分為「垂直分工」與「水平分工」。

此外，本文則依據目前醫療實際運作的情形，再將「垂直分工」依據該監督服從關係，存在於醫師與醫療輔助人員間或是上下層級醫師間，將其再細分為「垂直外部分工」與「垂直內部分工」；另將「水平分工」依據不同專科間依賴強度不同的性質，分為「參考型分工」與「依賴型分工」，則應可囊括目前臨床實務上大多數之醫療分工類型。以下更找出與本文體系架構有關之醫療法規及實務判決逐一加以對照，以加強本文之實證性。

<sup>41</sup> 鄭其昀，論組織醫療之賠償與補償，中國文化大學法律學研究所碩士論文，頁 19-45（2005）。

<sup>42</sup> 板橋地院 92 年度曠訴字第 1 號刑事判決、台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號判決。

## 4.1 垂直外部分工（醫師指示、藥師護士過失）

所謂垂直型分工，係指兩者間形成上下指示或是管理監督的關係，而管理監督過失，係指負有監督義務之人，對於被監督者之過失行為，因疏失或懈怠監督，致侵害他人法益之過失。至於「垂直外部分工」則常指醫師開立醫囑，而對於其他醫療輔助人員（如護士或其他醫事人員）有指示其執行其醫囑的行為，若醫療輔助人員於執行時有過失，自應負業務過失致人傷害或死亡之責，然醫師將依據以下之不同情況，來決定其是否可主張信賴原則，以限縮其醫療過失之責任。

### 4.1.1 發錯藥（醫師、藥師間）

我國藥品調劑係屬於藥劑師之業務<sup>43</sup>，藥師法第 15 條第 1 項第 2 款定有明文；雖然過去醫師原亦擁有部分調劑權，然在嚴格實行「醫藥分業」的政策下，依據立法院通過修訂之藥事法第 102 條第 2 項規定：「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」亦即在 1997 年以後，已正式剝奪了醫師的調劑權。目前雖然仍有診所以自聘藥師或是門前藥局的形式，實質掌控藥品的調劑權<sup>44</sup>，然而，在醫療法律上，調劑權已成為幾近專屬於藥師的權限，故醫師對藥師有關藥品調劑之行為既無指示監督之責，故對於藥師拿錯藥或劑量配錯之行為當然無須負責。

### 4.1.2 打錯針（醫師、病房護士間）

依據護理人員法第 24 條規定：「護理人員之業務如左：一、健康問題

<sup>43</sup> 藥師法第 15 條第 1 項：「藥師業務如下：一、藥品販賣或管理。二、藥品調劑。三、藥品鑑定。四、藥品製造之監製。五、藥品儲備、供應及分裝之監督。六、含藥化粧品製造之監製。七、依法律應由藥師執行之業務。八、藥事照護相關業務。」

<sup>44</sup> 蘇嘉瑞等，前揭註 5，頁 39-46。

之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。前項第 4 款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。」而護理人員係於臨床工作中與患者接觸最密切的醫療人員，依法須依據並貫徹醫師之指示或醫囑為之。

實際案例<sup>45</sup>：北×婦幼醫院麻醉護士將 Atracurium（一種肌肉鬆弛劑）冷藏於嬰兒房冰箱，而兒科醫師指示嬰兒室的護士為 7 名嬰兒注射肝炎疫苗（HBV），卻因為未踐行三讀五對而拿錯藥劑打錯針，造成一死六傷的醫療事故；該法院判決指出：「注射行為係醫療輔助行為，自得在醫師之指示下為之，『指示』得由醫師視情況自行斟酌指示方式或醫囑為之，護士黃××為具合法資格之護士，於執行注射疫苗業務時仍需獨立進行三讀五對流程，並非指醫師應該要將商品名稱逐字拼音供護士核對，而護士僅需機械性地進行注射手續而已。」故該判決肯認該醫師尚未成立犯罪。

#### 4.1.3 打錯針（醫師、麻醉護士間）

麻醉，乃指用藥物使患者暫時喪失意識，以消除手術疼痛，係各種外科手術過程中所採用之醫療行為，如今已成為獨立之分科，也不再附屬於外科，然而，並非所有診所皆聘有麻醉醫師執行業務，故在現今醫療實務與慣例上，常有麻醉護士在醫師指示下執行麻醉行為，故於當該組織醫療發生醫糾事故時，責任歸屬與分配則頗為重要。

實際案例<sup>46</sup>：於剖腹產手術前，麻醉護士陳××到場為對孕婦劉××施打腰椎麻醉，然因麻醉護士劉××將麻醉藥劑錯用為止血劑打入脊髓腔內，致孕婦劉××急性腦水腫合併腦疝形成，經急救無效不治死亡，其體內之胎兒亦胎死腹中。法院判決理由認為：「按麻醉係屬醫師法第 28 條第 1 項所稱之醫療業務行為，原則上須取得合法醫師資格者始得為之，雖例外在醫療機

<sup>45</sup> 板橋地方法院 92 年度矚訴字第 1 號刑事判決。

<sup>46</sup> 台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號判決。

構於醫師指示下之護士亦得爲之（醫師法第 28 條第 1 項規定可參<sup>47</sup>），惟在醫師指示護士爲醫療業務行爲之情況下，醫師對依其指示而爲醫療業務行爲之護士，自當負有指揮、監督之責……又在麻醉手術實施前之取藥行爲係屬醫療輔助行爲，醫師在指示有適當訓練及經驗之合格護士準備麻醉用之藥物時，尚須親自核對藥劑容器之標籤外觀，或口頭詢問護士，以確認其準備注射之藥劑無誤，避免危險之發生。」雖然被告醫師曾提出「醫療專業分工」應可適用「信賴原則」以爲答辯，然最後於歷經三審皆維持該醫師成立業務過失致死罪確定，並認定上開情況並無法適用信賴原則。

#### 4.1.4 留置異物（醫師、手術護士間）

於外科手術完成，縫合傷口之前，護士有義務再度確認所有手術器具材料，如手術刀、棉球、紗布、鉗子等物數量無誤，並填具於手術相關表單上，然醫師於手術前亦須再次確認無誤，方能加以縫合體壁與傷口。

實際案例：患者於盲腸炎手術後，仍有腹痛及發燒，後續於其醫師處手術取出手術時所不慎遺留之紗布，原醫師應負過失責任<sup>48</sup>。

## 4.2 垂直內部分工（上下級醫師間——皆為合格醫師）

所謂垂直型分工，係指兩者間形成上下指示或是管理監督的關係，而管理監督過失，係指負有管理監督義務之人，對於被監管者之過失行爲，因疏失或懈怠監督，致侵害他人法益之過失。而「垂直內部分工」則係指同爲合格之同類醫療人員，或因醫院內協力體制不備之過失，或醫院管理制度有缺

<sup>47</sup> 醫師法第 28 條第 1 項：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新台幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。三、合於第 11 條第 1 項但書規定。四、臨時施行急救。」

<sup>48</sup> 最高法院 66 年度台上字第 692 號判決。



漏，而造成醫療傷害。此時相關上下層級間的責任分擔，是否可適用信賴原則的疑義。

實際案例<sup>49</sup>：我國於 1995 年間，曾有患者於某醫學中心，因接受電腦斷層掃描而感染惡性瘧疾致死之院內感染案例，其一審判決，放射部主任及主治醫師被科以業務過失致死罪，而僅住院醫師獲判無罪，其判決無罪的理由中即引用了「信賴原則」並適用於該住院醫師。不過，該案於更三審時，高等法院則對主任、主治醫師及住院醫師三者皆判決有罪，判決理由則為放射部主任，對該部之行政及醫療均負有監督及決策之責，主治醫師負責該電腦斷層之運作，然此兩上級醫師卻對下屬所提出之報告與「一人一套」的建議，未及時考量及改善，使為第一線執行的下級醫師恪於該放射部「上、下午各使用一套」原則，未及時更換導管而導致病患感染及死亡之結果，顯然未盡醫療行政管理之責，自有過失。而線上操作執行之住院醫師，亦墨守該部陋規，未本其專業知識而應自行決定更換注射器材，致使病患亦因感染瘧疾死亡，亦有過失。該判決對於醫療疏失與管理疏失著墨甚多，對於下級住院醫師是否即可因信賴上級醫師之指示，即能免除刑事責任，亦提出相關理由與論證，十分值得參考。

而在醫療團隊之合作管理上，例如一般手術進行，常常需有主治醫師、資深住院醫師及醫師助手協力共同完成手術，若是其中一人有過失，則主治醫師是否須負責任，我國亦有實際案例可資參照<sup>50</sup>。

### 4.3 水平分工（不同專科主治醫師間——皆為合格專科醫師）

本文再將「水平分工」依據不同專科間依賴強度不同的性質，分為「參考型分工」與「依賴型分工」，前者以不同科別間之專科會診為例，而後者則以外科醫師依據病理或檢查報告後，決定後續之處置方針。以外科醫師為

<sup>49</sup> 台灣高等法院 94 年度重上更（三）字第 184 號判決。

<sup>50</sup> 台灣高等法院 88 年度重上更（三）字第 257 號判決。

例，於實施手術前需根據其他專科醫師之診斷或報告，決定是否應該或如何進行手術，兩者間似有信賴關係；惟成立信賴原則之前提，須該疾病之診斷屬於特別專業之領域，一般醫師須依賴該專科意見而無從置喙，並賴以決定後續的診斷與治療方針，始可適用信賴原則；如執刀醫師對該疾病亦有一般之判斷能力，則還須保有再次確認其他專科醫師判斷正確與否的義務，而不可適用信賴原則<sup>51</sup>。

#### 4.3.1 手術與麻醉的案例

醫師雖於業務上使用可購置麻醉藥品，非麻醉專科醫師於醫療業務上自行實行麻醉亦無限制，然我國實際上麻醉已成獨立之臨床部門，且有麻醉專科醫師制度（專科醫師分科及甄審辦法第 3 條第 1 項第 15 款<sup>52</sup>），故實務上即依據專科醫師制度，認定麻醉醫師已具獨立性，手術醫師通常無須負責<sup>53</sup>。

#### 4.3.2 專科會診之案例

##### 4.3.2.1 外科與放射科

病患頭部外傷，然放射科醫師卻未正確判讀有顱內出血<sup>54</sup>，而在檢查報告上記載腦內未出血；雖嗣後病患主訴頭痛，然外科主治醫師依據檢查報告而僅施以藥物治療，未能及時手術取出血塊，致該病患死亡；該主治醫師雖抗辯其對該檢查並無判讀能力。然法院判決理由則指出：一般外科醫師對於

<sup>51</sup> 許辰舟，「醫療過失刑事審判實務動向與理論之對照觀察」，法官協會雜誌，第 9 卷第 1 期，頁 92（2007）。

<sup>52</sup> 專科醫師分科及甄審辦法第 3 條第 1 項規定如下：「專科醫師之分科如左：一、家庭醫學科。二、內科。三、外科。四、小兒科。五、婦產科。六、骨科。七、神經外科。八、泌尿科。九、耳鼻喉科。一〇、眼科。一一、皮膚科。一二、神經科。一三、精神科。一四、復健科。一五、麻醉科。一六、放射線科。一七、病理科。一八、核子醫學科。一九、其他經中央衛生主管機關指定之分科。」

<sup>53</sup> 台灣高等法院 80 年度上訴字第 1852 號判決。

<sup>54</sup> 許世賢，前揭註 6，頁 125 以下。

電腦斷層影片亦有判讀能力，而認為該外科醫師不得主張信賴原則<sup>55</sup>。

#### 4.3.2.2 婦產科與病理科

中部地區某醫學中心之婦產科醫師，依據他院診斷為惡性子宮頸癌病理報告，對他院轉入之患者施行子宮頸癌廣泛根除手術，然最後患者仍於住院中不治死亡；然而，該手術切除下之病理標本，經進一步切片化驗後卻發現僅為中度變性而非惡性癌症，原告遂主張該婦科醫師未重新切片檢查確定診斷，即施行此一廣泛性的根除手術並導致患者死亡，顯有醫療過失；而被告則主張其可信賴病理專科醫師之檢驗報告。法院判決理由則指出：「依專科醫師分科及甄審辦法第 2 條、第 10 條之規定，專科醫師資格之取得，須經過專科訓練及甄審，其所製作之病理檢驗報告，參以前開診所發現之病況，並無不相符合或相互矛盾之情事，自無不予採信之理，被告何××對於合格醫事機構所為之檢驗報告，應可『信賴』之，而免負過失的刑事責任<sup>56</sup>。」

## 5. 法學實證研究

即便經過前述不同方法論的層層分析與深入的類型化分類，再加上醫療法規與實際案例的對照，似乎法律概念已然清晰，然是否法律上的應然與醫療界的實然確實達到相符一致，本文仍認為有再向下深入及跨領域實證研究的必要。

### 5.1 研究方法

#### 5.1.1 研究目的

爲了探求臨床醫療與醫療法律的交互活動中，立場與專業背景皆不相同的參與者（即法律專業人士與醫療專業人員），對於醫療「專業分工」與「信賴原則」適用於醫療糾紛之實際看法，除前述之文獻分析及判決評釋等

<sup>55</sup> 台灣高等法院台南分院 80 年度上訴字第 715 號判決。

<sup>56</sup> 台灣高等法院台中分院 88 年度上訴字第 2744 號判決。

法學研究方法外，擬佐以法學實證方法（empirical legal study）<sup>57</sup>，設計相關問卷以瞭解跨領域此兩種族群不同的看法，並加以交互檢視。採用問卷方式來評估受試者之主觀意見，無論在醫學或法學上研究上已是常用方法，以統計學之方法並可達到一定的信度與效度；為求本研究在實證方法的嚴謹性，研究設計、問卷內容及後續統計皆委請生物統計學者加以協助及修正<sup>58</sup>。

### 5.1.2 研究期間

2008 年 4 月 20 日起三十天內。

### 5.1.3 研究設計

兩組對照之問卷研究。

### 5.1.4 受試者對象及數目

總體受試驗者預計為 100 人至 140 人，該兩組各以 50 人至 90 人為目標，為求試驗之樣本與族群，能達到統計上取樣之嚴謹性，故受試者選擇之限制與標準如下：

1. 地區限制：台灣北部地區。

2. 人員限制：法律專業人士限定於大型地方法院、地檢署（80 名法官或檢察官以上）及大型律師事務所（40 名律師以上）之法官、檢察官、律師。而醫療人員則以通過國際醫院評鑑（JCI）<sup>59</sup>認證之大型綜合醫院（80 名合格

---

<sup>57</sup> 劉尚志、林三元、宋皇志，「走出繼受，邁向立論：法學實證研究之發展」，科技法學評論，第 3 卷第 2 期，頁 1（2006）。

<sup>58</sup> 本研究統計部分感謝國立台北大學統計學系助理教授林建甫博士之協助，特此致謝。

<sup>59</sup> JCI (Joint Commission International) 是「美國醫療衛生機構認證聯合委員會」(JCAHO) 的國際部，自 1999 年起對美國以外的醫療院所提供評鑑，JCI 的認證在國際上普獲肯定，包括世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 的認可，目前世界上有超過 170 家醫療院所獲 JCI 評鑑合格，台灣亦有多家醫療機構通過認證。See Joint Commission International, About Joint Commission International, <http://www.joint-commissioninternational.org/about-jci/> (last visited Apr. 17, 2010).

醫師以上)之醫師為研究對象,本次研究問卷不採郵寄寄送,而以專人送交以提高答覆率,並進行問卷之填答與研究<sup>60</sup>。

## 5.2 研究問卷內容與統計結果

基本資料如下：

回收樣本數：共 132 份。醫師組 (DR) 有 42 份，占 31.82%。法律組 (LA) 有 90 份，占 68.18% (其中法官有 27 份、檢察官有 30 份、律師 33 份)。

列表如下<sup>61</sup>：

	全體樣本	醫師組 (Mean; StD)	法律組 (Mean; StD)
份數	132	42	90
所占比率	100%	31.82%	68.18%
年齡	37.12	39.76; 7.89	35.82; 4.58
性別比 (M/F)	59/41	86/14	46/53
執業時間	—	12.95	6.63
醫糾經驗	—	50.0	50.57

所有問卷之問題皆以「甲乙皆為合格醫藥人員」為前提,且在實際行為人乙當然要負責的情況下,詢問「您覺得甲醫師要不要負責?」,而其責任為刑事或民事(可複選),並且依據本文所架構之體系加以類型化。

<sup>60</sup> 係以台北地方法院法官、台北板橋地檢署檢察官、建業法律事務所及寰瀛法律事務所律師,敏盛綜合醫院主治醫師為樣本對象,進行問卷之填答與後續之統計研究。本研究感謝戴東麗主任檢察官及何俏美法官之協助,特此致謝。

<sup>61</sup> 所有資料係以 PC SAS (Cary, NC: SAS Institute Inc.) 作分析,並利用 Fisher's exact test for chi-square test 來比較變數間的統計學差異,此外,連續變數則以 ANOVA 來分析,並以  $\alpha = 0.05$  之 two-sided test 作為統計學上的顯著差異閾值。因有部分受試者年齡及性別未填答,故此兩項之總數較總體樣本數為少。

### 5.2.1 「垂直外部分工」（醫師指示、藥師護士過失）：甲乙皆為合格醫藥人員

Q1.發錯藥：醫師、藥師間：若甲醫師於治療時，指示對病患施以正確之 A 口服藥，而乙合格之藥劑師於發給藥劑時給錯藥（B 口服藥），致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？所應負責任為何？（可複選）

統計結果：

全體樣本回答為「是」的僅有 10 份，占全體之 7.94%；其中醫師組（DR）有 3 份，占該組 7.14%；法律組（LA）有 7 份，占該組 8.33%；至於進一步詳細回答關於「所應負責任」為何之樣本，則以民事責任占多數（88.89%），至於統計學上 Chi-Square test:  $p=0.8157$  ( $p>0.05$ )，並無統計學上差異。

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	7.94	7.14	8.33	$p=0.816$
民事（賠錢）	88.89	—	—	—
刑事（判刑）	11.11	—	—	—

討論：

在藥師發錯藥而言，由於醫藥分業，藥品調劑屬藥師之業務，藥師法第 15 條第 1 項第 2 款定有明文；據此，藥品調劑本屬藥師之權限，有法規明文的權限劃分，該項業務自非醫師所能置喙，是醫師對藥師有關藥品調劑之行為既無指示監督之責，因此，對於藥師拿錯藥或劑量配錯之行為即無須負責，在法理上此乃為當然之理，而實證分析之結果亦同此旨。且醫師組與法律組並無統計學上之差異。

Q2.打錯針：醫師、病房護士間：若甲醫師於治療時，指示對病患施以正確之 A 預防針，而乙合格之病房護士於預防注射時拿錯藥打錯針（B 預防針），致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？所應負責任為何？

(可複選)

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	23.20	16.67	26.51	p=0.2183
民事 (賠錢)	96.55	—	—	—
刑事 (判刑)	24.14	—	—	—

討論：

如同板橋地院 92 年度矚訴字第 1 號刑事判決所述，注射行為係醫療輔助行為，自得在醫師之指示下為之，「指示」得由醫師視情況自行斟酌指示方式或醫囑為之，該具合法資格之護士，於執行注射疫苗業務時仍需獨立進行三讀五對流程，故執行過程醫師並無監督之責，故醫師並未成立犯罪，而本實證分析之結果亦與法理推論相符，且醫師組與法律組並無統計學上之差異。

Q3.打錯針：醫師、麻醉護士間：若甲外科醫師於手術前，指示麻醉時對病患施打正確之 A 麻醉針劑（無麻醉醫師在場），而乙合格之麻醉護士於施行麻醉時拿錯藥打錯針（B 麻醉劑），致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？所應負責任？（可複選）

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	52.00	47.62	54.22	p=0.4855
民事 (賠錢)	96.83	—	—	—
刑事 (判刑)	50.79	—	—	—

討論：

相較於上一題之預防注射的護士打錯針，本題無論醫師組或法律組皆有一半左右的樣本認為需要負責，可見本題之觀點已較為分歧，如須負責則以民事責任為主，達 96.83%，而刑事僅占約半數。至於各自理由，認為不需負

責之一方，可能認為注射行為係醫療輔助行為，且同為未確實三讀五對以致拿錯藥打錯針，則依照板橋地院 92 年度矚訴字第 1 號刑事判決之意旨，若是醫師對於麻醉注射之方式、藥品、劑量皆屬正確無誤，則似不應歸責於該醫師。至於認定須負責之一方，可能理由則可依據台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號判決意旨，認為麻醉係屬醫師法第 28 條第 1 項所稱之醫療業務行為，雖例外在醫療機構於醫師指示下之護士亦得為之（醫師法第 28 條第 1 項規定可參），惟在醫師指示護士為醫療業務行為之情況下，醫師對依其指示而為醫療業務行為之護士，自當負有指揮、監督之責，而麻醉之取藥準備行為雖是醫療輔助行為，亦可交由護士執行，然醫師即便「信賴」有適當訓練及經驗之合格護士準備其藥物，仍有詢問備藥護士及確認之義務。

此外，若參照日本千葉大學附設醫院採血過失之案例意旨與判斷標準，醫師雖得以護士為診療輔助者，但不能免除監督責任。除非評估器械之構造以及護士之經驗能力，由護士單獨為輔助行為之危險性甚低，此時，醫師始可主張其信賴護士之行為具有相當性，而無監督義務。故本文認為，脊髓麻醉注射與疫苗預防注射之危險性自不可等同觀之，故醫師尚不得完全信賴護士之操作，而須盡到再次檢查及確認的義務，即便依據當時慣例，半身麻醉之操作或許確由合格之麻醉護士執行，然醫師對於該麻醉行為所導致之危險應可預知，不可因醫院內不良的醫療慣例，即降低其應有的注意義務。

綜上，本次實證分析之結果，上述兩說各有所採，且無論醫師組或法律組皆各占一半，可見相關認知尚未一致。

Q4. 留置異物：醫師、手術護士間：若甲醫師於手術時，對病患進行正確之 A 手術，而合格之開刀房護士未清點紗布數量，事後於體內發現紗布遺留，致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？所應負責任為何？（可複選）



列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	73.40	73.81	74.70	p=0.9143
民事 (賠錢)	98.82	—	—	—
刑事 (判刑)	50.59	—	—	—

討論：

在本題中，多數之醫師組或法律組皆一致認為醫師須負責，且以民事責任為主，醫法兩組間並無顯著差異。法理上而言，雖然清點紗布為護理人員之專業職責，然手術醫師當然負有監督患者體內並無異物殘留之義務，而有「直接監督」之權限與責任；而臨床醫療上，醫師於縫合傷口之前，護士皆須再度確認所有手術器具材料物品之數量無誤，方能縫合傷口。且醫療實務上如確認後發現仍有短少，則常需另以手術室內之移動式 X 光機（又稱 C-Arm）再次確認或探查（即使紗布也含有阻力線可於 X 光下顯影），手續繁複而嚴謹。

### 5.2.2 「垂直內部分工」（上下級醫師間）：甲、乙皆為合格醫師

Q5. 制度與監督：若甲住院醫師依據乙主任醫師所制定及該科內慣行之醫療處置（A 操作方式），但甲醫師於實際操作 A 步驟時發生醫療過失，後來發現 A 操作方式其實並不符合醫學常規，您覺得甲住院醫師（實際操作者）或乙主任醫師（制定步驟者）兩位醫師是不是需要負責？所應負責為何？（可複選）

本題即對於前述之「監督」及「管理」過失，分別以實證角度加以檢視，並得到三種不同的實證結果，茲一一分述如下：

#### Q5.1 甲住院醫師

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	87.80	76.19	93.83	p=0.0046**
民事 (賠錢)	97.96	—	—	—
刑事 (判刑)	54.08	—	—	—

討論：

首先，針對下級醫師討論，雖然多數之醫師組或法律組認為該住院醫師須負責，然相對法律組高達 93.83%，醫師組卻僅有 76.19%，且兩者有統計學之顯著差異 ( $p < 0.05$ )。此因醫療實務之運作情形，在傳統之「師徒制」與醫療父權體系的影響下，低階的醫師對於上級醫師服從性高，即便該操作步驟不符醫療常規，然要求其不依上級制定之操作步驟實較無期待可能性，故醫師組對於該下級醫師因遵照上級指示而造成的過失，其非難亦較少。法律組卻因法律體系係強調「行為人責任」，由於無論如何該下級醫師為實際行為而造成過失之人，故有接近 94% 之法律組反而認為行為人（即該住院醫師）需要負責。由此可發現，醫學與法學的角度不同，確實值得跨領域的深入比較與思索。

#### Q5.2 乙主任醫師

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	92.74	90.48	93.90	p=0.4864
民事 (賠錢)	98.06	—	—	—
刑事 (判刑)	54.37	—	—	—

討論：

對於制定規章之上級醫師而言，絕大多數之醫師組或法律組皆一致認為上級醫師須負責，且以民事責任為主，本項關於醫法兩組之間，則無顯著統計學上差異 ( $p > 0.05$ )。在法理上亦足以解釋此實證結果，因此項制定規章

的行為可定位為「管理過失」，若是依據日本對於管理監督過失體系的通說，認為「管理過失」係自己責任，並無他人可以信賴，自然該主任醫師無法利用「信賴原則」來免除過失責任。

Q6.若甲主治醫師於手術時，指示對病患進行正確之 A 手術步驟（如縫合腹腔），而住院醫師乙於施行該步驟時發生過失，致生醫療糾紛，您覺得甲主治醫師是不是也要負責？（可複選）

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	83.06	92.86	78.05	p=0.0375*
民事（賠錢）	98.92	—	—	—
刑事（判刑）	29.03	—	—	—

討論：

以法理而言，該項則可定位為「監督過失」，若是依據日本對於管理監督過失體系的通說，認為「監督過失」在一定條件下，可以信賴他人（即下級醫師）應能正確將其所能勝任之縫合步驟完成，則該主治醫師將可使用「信賴原則」來免除過失責任。雖然多數之醫師組或法律組還是認為主治醫師須負責，然相對醫師組的 92.86%，法律組卻僅有 78.05%，兩者有統計學之顯著差異（ $p < 0.05$ ）。至於如何解釋實證上的統計差異，如同 Q5.1 的理論依據，亦即在我國醫療實務界，因傳統之師徒制與醫療父權體系的影響，在醫學倫理層面上，上級醫師（主治醫師）常自認須一肩扛起而負起全責，對於低階醫師（如住院醫師）之過失則常加以包容，故醫師組反而對於該主治醫師之責任要求較高。

至於何種責任則仍以民事責任為主，然在刑事責任上，相較於 Q5.1 及 Q5.2 的結果而言（約 54%），此項之刑事責任則僅有 29.03%。此亦可以依監督過失的法理來加以解釋，因刑法之法律體系係強調「行為人責任」，且監督過失之因果關係甚難證明，加上過失共同正犯尚未獲得通說所採，故僅

有 29% 的受試者會認為「並未著手實施」之主治醫師需要負責。

### 5.2.3 水平分工（不同專科主治醫師間）：甲乙皆為合格專科醫師

Q7. 參考型分工：若甲急診科主治醫師於初步診治患者後，覺得有其他心臟科問題，故會診乙心臟專科醫師，然乙醫師於診斷時發生過失，致生醫療糾紛，您覺得甲急診醫師是不是也要負責？（可複選）

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	14.96	16.67	14.12	p=0.7048
民事（賠錢）	93.75	—	—	—
刑事（判刑）	50.00	—	—	—

討論：

多數之醫師組或法律組皆一致認為該急診醫師不須負責，至於醫法兩組間並無顯著差異（ $p > 0.05$ ）。對應前述分類，似乎多數受試者並不採台灣高等法院台南分院 80 年度上訴字第 715 號刑事判決之意旨，而認為對於其他科之專科醫師意見，應可合理加以信賴，故「信賴原則」適用的相當性應可符合。

在水平分工的情況下，其實一般性的急診醫師對於心臟功能也有相當智識，似乎也能對心臟專科醫師的意見加以再審核，故是否可以在會診後，即可信賴其他專科醫師之意見而無須自行再判斷，頗有爭議。然而，若以實證或法律經濟分析的角度，共同責任或許會促使急診醫師再次確認，惟共同責任其權責不清亦可能造成相互推諉；相反地，單一責任的明確性，似乎可以促使該專科醫師加強其注意義務，尤其該心臟專科醫師的再確認，應較一般性的急診醫師的再確認更容易接近正確診斷，其推論亦有可採之處。

Q8. 依賴型分工：若甲外科主治醫師為病患執行某器官之癌症切除手術，係根據乙病理醫師之惡性切片報告，然乙醫師於病理診斷時發生過失，

最後確認其實是良性，致生醫療糾紛，您覺得甲外科醫師是不是也要負責？  
(可複選)

列表如下：

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
是	21.60	21.43	21.69	p=0.9736
民事 (賠錢)	95.00	—	—	—
刑事 (判刑)	30.00	—	—	—

討論：

多數之醫師或法律組皆一致認為該外科醫師不須負責，至於醫法兩組間並無顯著差異。本例為依賴型分工，法理上與前述台灣高等法院台中分院 88 年度上訴字第 2744 號判決意旨相符；而在醫療實務的角度上，由於一般醫師確實無法接觸到病理切片，且通常亦欠缺判讀病理切片之知識，故一般醫師有足夠理由信任病理專科醫師之報告，「信賴原則」確實可以合理適用。

Q9. 個別因素之重要性：綜上，在乙有過失且需負責的情況下，您覺得甲醫師是否須負責，與下列何種因素有關？煩請您依個別因素之重要性給分。

	全體樣本 (%)	醫師組 (%)	法律組 (%)	Chi-Square
實務運作分工狀況與必要性	55.56	59.52	53.57	p=0.6262
個別權責是否具有獨立性	61.90	57.14	64.29	p=0.5837
個別接受監督控制的強度	52.42	38.10	59.76	p=0.0874
是否可以信賴對方之專業	35.20	38.10	33.73	p=0.1246
是否應該瞭解對方專業	28.00	23.81	30.12	p=0.2173
自己行為部分有無過失	60.80	48.78	66.67	p=0.3388
醫事鑑定意見	23.39	19.51	25.30	p=0.7760

討論：

整體而言，其實醫師組與法律組之間，多數因素並無統計學上之差異，較大的差別則是在「個別接受監督控制的強度」與「自己行為部分有無過失」上。整體而言，認為「自己行為部分有無過失」為最重要因素的受試者，其中醫師組僅占 48.78%，而法律組則高達 66.67%，對此似乎可以在專業法律人的潛意識裡，還是受到現行實務對於「信賴原則」須以自己無過失為前提的著名判例所影響<sup>62</sup>，故法律之實務界仍普遍認為須先符合「自己行為部分須無過失」的前提要件，始能適用「信賴原則」，至於學界對其批評甚多，已如前述<sup>63</sup>，然醫療界對此一議題，在此實證分析的結果中，似乎卻有不同看法。

## 6. 分析與結論

司法實務上我國最高法院已確認我國醫療糾紛，無論刑事或民事責任皆採取「過失責任主義」，而所謂過失責任制度是指在醫療傷害發生後，對於有過失的醫療供給者課以損害賠償的責任，其目的除了補償受害病人的損失，更期望能透過此一責任的規範，使得醫療供給者知所警惕，提高自身的注意程度，減少醫療傷害的發生。然而，由於醫療制度與醫療技術的日新月異，專業分工與相互合作的組織醫療已成醫療實務的常態，任何一個醫療處置常已非個別醫療人員所能單獨施作，又因彼此間分工精細複雜，合作時若任一環節有所失誤都有可能造成不幸結果，可見組織醫療的複雜化，也是促使醫療糾紛數量增加的重要原因之一，而一旦發生醫療糾紛時，不但因案件性質涉及醫療專業，在事實認定上也常須參考鑑定意見，再加上組織醫療的本質係由專業分工與異業合作的相互交錯，相關人員的責任判定過程也因此更加繁雜艱困。

<sup>62</sup> 最高法院 84 年度台上字第 5360 號判例。

<sup>63</sup> 李之聖，前揭註 30，頁 104-142；黃朝貴，前揭註 31，頁 5。

最高法院近期曾以 94 年度台上字第 2676 號刑事判決，將醫療過失的注意義務加上了「告知說明」的要件，在醫界、法界都曾激起一番討論；然而，與「告知說明」義務功能相反，「信賴原則」則具有限縮過失犯成立的效果。「信賴原則」係指參與作業者於執行以公共作業為前提之危險業務或事務時，分擔作業並相互分配危險，而得信賴個人為避免結果將會採取適當措施的情形。由於醫療上的專業分工已成為現行醫療實務之常態，而過失犯原則上並無「共同正犯」之概念，故在論斷其中分工人員的過失責任時，必須考量到分工人員間的信賴關係<sup>64</sup>，故在現行醫療糾紛刑事責任之適用上，相信「信賴原則」將為繼「告知說明」後，另一個實務爭執或法庭攻防的重點。

雖然信賴原則係由「交通事故」濫觴而來<sup>65</sup>，而我國適用該原則在司法實務上還十分保守而且分歧，相關之學說論述或實務判例已如前述。然而，在現今醫療領域中，除了因醫學專科化而有不同專科醫師間的「水平分工」外，亦有因組織分工而以不同醫護人員協力互助的「垂直分工」等情形<sup>66</sup>；且依據法律經濟分析而言，過失責任制度是否能發揮作用，乃繫於一重要因素——「過失責任的明確性」，然由於適用「信賴原則」之心理學基礎，為「多重義務」與「分散責任」原理，一旦相互間的責任分配模糊不清，即容易將注意義務轉嫁他人而造成缺漏及疏失<sup>67</sup>。故對於「信賴原則」適用於醫療行為時，可能須注意三個重點：首先，該醫療行為的組織性須能將個別權責明確劃分；其次，該業務分擔者須各具備專業能力；最後，對於事故發生原因自己並無違反法規的事由，方能加以援用。

再回頭檢視前言時所提到的兩個護理人員打錯針的案例，同樣皆是護士

64 王皇玉，「整形美容、病人同意與醫療過失中之信賴原則——評台北地院九十一年訴字第七三〇號判決」，月旦法學雜誌，第 127 期，頁 60-63 (2005)。

65 曾淑瑜，前揭註 36，頁 87 以下。

66 曾淑瑜，醫療過失與因果關係（下），頁 567 以下 (1998)。

67 許辰舟，前揭註 51，頁 89-93。

因未履行三讀五對的注意義務而發生打錯針的過失，為何處方之醫師卻有不同的刑事處遇呢？首先，在北×醫院的案例中，護士因未履行三讀五對而拿錯麻醉藥劑當成疫苗注射，而開立該處方的小兒科醫師並無刑事上監督疏失之責，判決理由為「注射行為係醫療輔助行為，自得在醫師之指示下為之，『指示』得由醫師視情況自行斟酌指示方式或醫囑為之。護士黃××為具合法資格之護士，於執行注射疫苗業務時仍需獨立進行三讀五對流程，並非指醫師應該要將商品名稱逐字拼音供護士核對，而護士僅需機械性地進行注射手續而已<sup>68</sup>。」然而，於另一麻醉護士拿錯止血劑當成麻醉劑的打錯針而言，則該產科醫師則須負監督疏失的過失之責，該判決理由則為「又在麻醉手術實施前之取藥行為係屬醫療輔助行為，醫師在指示有適當訓練及經驗之合格護士準備麻醉用之藥物時，尚須親自核對藥劑容器之標籤外觀，或口頭詢問護士，以確認其準備注射之藥劑無誤，避免危險之發生……則醫療行為中之『信賴關係』，自應限於依法得獨立執行醫療業務人員，如上開醫師執行醫療業務與藥師從事藥品調劑間，始有適用<sup>69</sup>。」

雖然在醫療實務的觀點上，二案犯罪之過失行為本質，「實質上」都是護士拿錯藥品打錯針，亦皆肇因於取藥時未確實執行「三讀五對」，兩者亦皆定性為「醫療輔助行為」，而前案之小兒科醫師無須將商品名稱逐字拼音供護士核對以避免錯誤，並無監督疏失之責，此係肇因「注射疫苗」此一醫療輔助行為，合格護士本有其專業知識，且權責亦劃分清楚，亦無顯然不能信任之情形。然而，對於後案而言，雖然醫療實務上麻醉護士獨立執行半身麻醉的手術實屬常態，「施打麻醉行為」係屬醫療行為，即便該醫師對於麻醉方式、藥物、劑量、途徑的選擇皆無錯誤，且該麻醉護士亦經完整麻醉訓練而具備合法資格，在實質上施打麻醉的醫療行為屬醫師的自己行為，麻醉護士仍只是醫師之輔助人員，故產科醫師即須親自核對藥劑容器之標籤外觀

<sup>68</sup> 板橋地方法院 92 年度曠訴字第 1 號判決。

<sup>69</sup> 台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號判決、最高法院 94 年度台上字第 1403 號判決。



或口頭詢問護士，以避免危險之發生，也使該產科醫師無法主張能夠「實質上」信賴他人也是遵守注意義務的進行醫療行為，進而於判決理由中排除適用「信賴原則」，認定該醫師須負監督疏失之刑責。

其次，在對照實證研究的結果，對於預防注射與麻醉注射的護士打錯針時，無論醫師組或法律組亦皆認為兩案評價並不相同，針對預防注射之護士打錯針僅有不到四分之一（23.2%）的受試者認為該醫師需要負責，然對於麻醉護士打錯針卻有超過一半（52.0%）的樣本認為該醫師需負責任，可能理由還是兩者的醫療性質與相對危險性並不相同，預防注射確屬「醫療輔助行為」，公衛護士施打疫苗係屬合法，醫療行為中之「信賴關係」，仍應限於依法得獨立執行醫療業務之人。然因麻醉行為係歸類於醫療業務行為，其醫療業務行為原則上須取得合法醫師資格者始得為之，雖例外在醫師指示下之護士亦得為之，惟在醫師指示護士為醫療業務行為之情況，醫師對依其指示而為醫療業務行為之護士，自當負有指揮監督之責，即便合法麻醉護士獨自麻醉確實已成為當時醫界常規或慣行，然若係為不良慣例，仍不得據以免責，此與前述之千葉大學附設醫院採血過失事件，指出並不得以醫療慣行來免除過失責任之判決意旨，似有異曲同工之妙。

對此，若再參照德國學說及實務上對於「信賴原則」於醫療行為適用的限制，則有：1.其他參與者有顯然無法勝任其專業工作之情形。2.有特定事證可以合理懷疑其他參與者並未依醫療常規完成前置作業。3.如醫師對參與者有直接監督責任時，則在監督責任範圍內亦不得主張信賴原則<sup>70</sup>。然就我國麻醉護士打錯針一案，顯然對該擁有執照並執行通常業務的資深麻醉護士而言，並不能認為該產科醫師會認為她會拿錯藥，而會有顯然無法勝任專業或合理懷疑其將未依醫療常規完成前置作業的顯然事證，似乎僅能主張該醫師應有「直接」監督責任，方能限制「信賴原則」的適用。然相較兒科護士同樣拿錯藥劑打錯針一案，要如何區分「直接」或「間接」的監督責任，實為

<sup>70</sup> 王皇玉，前揭註9，頁143。

一不確定的法律概念。本文則認為參照我國兩個打錯針的案例，日本千葉附醫判決意旨及本實證研究結果，似可另以「醫療技術的性質與相對危險性」來輔助判斷「監督責任」的直接與否，以及得否適用「信賴原則」的標準之一。此外，由於醫界目前仍存在一些實務上的便宜措施，然在刑法的過失判斷標準與注意義務上，該實務上的醫療慣行是否能視為醫療常規（Standard of Care），而作為臨床醫師抗辯亦有爭議，如麻醉護士一案中即主張合法麻醉護士獨自麻醉確實已成為當時醫界常規或慣行；然本文亦贊同我國最高法院於該案中及日本千葉附醫的判決意旨，認為即便該行為已成為當時醫界常規或慣行，然若係為不良慣例，仍不得據以免責。

此外，在專業分工的類型化上，本實證研究也有一些有趣的結果，整理歸納如下：在「垂直外部分工」上，醫藥分業由於有法規明文已將權責明確劃分，醫師適用「信賴原則」最無疑義；而在「垂直內部分工」上，上級醫師如屬「管理過失」（如錯誤的規章制定）而視為自己責任，並無他人可以信賴，故無法利用「信賴原則」來免除過失責任。若是「監督過失」時（如請下級醫師縫合傷口），則在一定條件下，該主治醫師將可以信賴他人（即下級醫師）來免除過失責任，法理推論與實證結果亦相符合。然而，下級醫師之責任，卻發現法律組與醫師組有統計學之顯著差異（ $p < 0.05$ ）。此因目前的醫療實務，在傳統醫學「師徒制」與醫療父權體系的影響下，低階的醫師對於上級醫師服從性甚高，而上級醫師亦相對願意承擔下屬的責任，故醫師組對於該下級醫師因遵照上級指示所導致的結果，其非難也較少。然法律組對於法律體系「行為人責任」的強烈認知，故絕大多數的法律人反而認為該行為人（即該下級醫師）需要負責，又因監督過失之因果關係甚難證明，加上過失共同正犯尚未獲得通說所採，故僅有極少數的法律人認為「並未實際實施」之主治醫師需要負責。醫學與法學的角度確實不同，在跨領域的實證研究後，似乎更能加以驗證。

然而，在水平分工上（即不同專科主治醫師間），無論參考型分工或是依賴型分工，其實證結果皆認為可以信賴其他專科醫師之意見，而法院實務

上亦常以「專科醫師分科及甄審辦法第 3 條」作為他科主張信賴原則之依據，若對照實證結果，可能將會導致醫師增加會診次數與會診科別，而利用會診其他醫師來分散自己醫糾過失之風險，雖然或許可收到集思廣益之效，然本文亦質疑是否會有「防禦性會診」以致延滯治療時機的流弊，醫師將不再考量病患的醫療利益，卻反向考量自己的法律風險，對於醫療品質的真正影響，尚有待觀察。

綜上，「信賴原則」是否可以大膽的運用於醫療行為態樣，仍有待商榷；尤其「信賴原則」的適用，具有限縮過失犯成立的效果，即使目前司法實務在交通事件的適用上還尚稱保守；故對於將「信賴原則」嘗試運用於醫療糾紛案件上，實務上態度更趨謹慎，自也無可厚非<sup>71</sup>；然本文經過比較法與實證分析相互對照及印證後，對於醫界、法界依據不同立論基礎所導致的不同思維，亦有了更深刻的瞭解，並提醒須注意「防禦性會診」的趨勢，至於「信賴原則」在醫療糾紛與專業分工的相關運用與突破，仍須觀察後續學說與實務發展。

---

<sup>71</sup> 蘇嘉瑞，前揭註 8，頁 69-70。

## 參考文獻

### 中文書籍

- 施茂林，《醫療衛生法規》，世一文化出版，台南（2003）。
- 康弼周，《組織醫療過失責任歸屬之研究》，司法院秘書處出版，台北（2000）。
- 曾淑瑜，《醫療過失與因果關係（下）》，翰蘆圖書出版，台北（1998）。
- 黃嘉烈，《企業犯罪：以缺陷商品刑事責任為中心》，台灣基隆地方法院出版，基隆（1991）。

### 中文期刊

- 王皇玉，〈整形美容、病人同意與醫療過失中之信賴原則——評台北地院九十一年訴字第七三〇號判決〉，《月旦法學雜誌》，第 127 期，頁 50-63，2005 年 12 月。
- 王皇玉，〈認罪協商程序之法社會學考察：以台灣刑事司法改革為例〉，《台大法學論叢》，第 37 卷第 4 期，頁 65-113，2008 年 12 月。
- 王皇玉，〈德國醫療刑法論述概說〉，《月旦法學雜誌》，第 170 期，頁 122-144，2009 年 7 月。
- 李之聖，〈過失犯理論與信賴原則之變遷與檢討——兼論醫者對患者之信賴〉，《刑事法雜誌》，第 51 卷第 4 期，頁 104-143，2007 年 8 月。
- 前田雅英著，吳昌齡譯，〈監督過失〉，《刑事法雜誌》，第 36 卷第 2 期，頁 38-65，1992 年 4 月。
- 張美蓉，〈過失犯與信賴原則之探討〉，《憲兵學術半年刊》，第 57 期，頁 103-112，2003 年 9 月。
- 許辰舟，〈醫療過失刑事審判實務動向與理論之對照觀察〉，《法官協會雜誌》，第 9 卷第 1 期，頁 77-93，2007 年 6 月。
- 陳昭如、張晉芬，〈性別差異與不公平的法意識——以勞動待遇為例〉，《政大法學評論》，第 108 期，頁 63-123，2009 年 4 月。
- 曾淑瑜，〈信賴原則在醫療過失中之適用〉，《月旦法學雜誌》，第 28 期，頁 85-91，1997 年 9 月。
- 黃國昌，〈我國勞動訴訟之實證研究——以第一審訴訟之審理與終結情形為中心（上）〉，《政大法學評論》，第 106 期，頁 203-247，2008 年 12 月。

- 黃朝貴，〈從過失犯之要素評最高法院所謂之信賴原則（上）〉，《法務通訊》，第 1987 期，頁 5-6，2000 年 6 月。
- 黃朝貴，〈從過失犯之要素評最高法院所謂之信賴原則（下）〉，《法務通訊》，第 1988 期，頁 5-6，2000 年 6 月。
- 黃榮堅，〈交通事故責任與容許信賴——評最高法院八十六年台上字第二四六二號判決〉，《月旦法學雜誌》，第 50 期，頁 178-189，1999 年 7 月。
- 劉宏恩，〈書本中的法律（Law in Books）與事實運作中的法律（Law in Action）〉，《月旦法學雜誌》，第 94 期，頁 282-287，2003 年 3 月。
- 劉尚志、林三元、宋皇志，〈走出繼受，邁向立論：法學實證研究之發展〉，《科技法學評論》，第 3 卷第 2 期，頁 1-48，2006 年 10 月。
- 蘇嘉瑞，〈醫療糾紛刑事訴訟之實證與趨勢〉，《法官協會雜誌》，第 9 卷第 1 期，頁 54-70，2007 年 6 月。
- 蘇嘉瑞等，〈「門前藥局」對醫藥界的衝擊與後續法律發展〉，《台灣醫界》，第 49 卷第 12 期，頁 39-44，2006 年 12 月。
- 蘇嘉瑞等，〈論醫療社團法人對醫務管理的影響〉，《醫務管理期刊》，第 8 卷第 3 期，頁 195-215，2007 年 9 月。

## 中文學位論文

- 朱家蓉，《過失理論之建構與發展——兼論管理、監督過失》，中央警察大學法律研究所碩士論文，2005 年 6 月。
- 李明洲，《公共建築物火災死傷事故之研究：以管理、監督人「業務上過失致死傷害」之研究為中心》，中興大學法律學研究所碩士論文，1997 年 6 月。
- 許世賢，《信賴原則於醫療過失之適用》，中興大學法律學研究所碩士論文，1997 年 6 月。
- 楊允伸，《組織醫療責任歸屬之研究》，東吳大學法律學研究所碩士論文，1997 年 6 月。
- 鄭其昀，《論組織醫療之賠償與補償》，中國文化大學法律學研究所碩士論文，2005 年 7 月。

## 附 件

親愛的受訪者您好：

TM-D:\_\_\_\_\_

這是一份關於「醫療專業分工下團體責任」一系列研究之問卷，本問卷所提出之問題，主要探討在台灣醫療團隊「專業分工」下「責任分配」的現況與看法，以供學術研究統計分析之用，請您就自己之觀察、經驗或意見填答，並無標準答案。本問卷絕不會揭露個別問卷的填答情形，請您放心填答，非常謝謝您對於醫界與法界的貢獻。

國立交通大學科技法律研究所博士生 蘇嘉瑞 醫師／律師 敬上

(依據您一般性的想法回答即可，無須考慮個別案例事實)

壹、問卷內容：(皆為乙當然要負責的前提下，「您覺得甲醫師要不要負責？」)

垂直分工(醫師、藥師、護士)：甲乙皆為合格醫藥人員

1. 甲醫師指示對病患施以正確之 A 口服藥，而乙合格之藥劑師於發給藥劑時給錯藥(B 口服藥)，致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為(可複選)：20 刑事(判刑) 10 民事(賠錢)

2. 甲醫師指示對病患施以正確之 A 預防針，而乙合格之病房護士於預防注射時拿錯藥打錯針(B 預防針)，致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為(可複選)：20 刑事(判刑) 10 民事(賠錢)

3. 甲外科醫師於手術前，指示麻醉時對病患施打正確之 A 麻醉針劑，(無麻醉醫師在場)，而乙合格之麻醉護士於施行麻醉時拿錯藥打錯針(B 麻醉劑)，致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

4. 甲醫師於手術時，對病患進行正確之 A 手術，而合格之開刀房護士未清點紗布數量，事後於體內發現紗布遺留，致生醫療糾紛，您覺得甲醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

垂直分工（上下級醫師間）：甲乙皆為合格醫師

5. 乙主任醫師制定該科內所慣行之醫療處置（A 操作方式），甲住院醫師依據該 A 操作方式於實際操作時發生醫療事故，後來發現該事故之主因係 A 操作方式並不符合一般認可之醫學常規，您覺得甲乙兩位醫師是不是需要負責？

a. 甲住院醫師（實際操作者）

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

b. 乙主任醫師（制定步驟者）

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

c. 其他意見 \_\_\_\_\_

6. 若甲主治醫師於手術時，指示對病患進行正確之 A 手術步驟（如縫合腹腔），而住院醫師乙於施行該步驟時發生過失，致生醫療糾紛，您覺得甲主治醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

水平分工（不同專科主治醫師間）：甲乙皆為合格專科主治醫師

7. 若甲急診科專科醫師於初步診治患者後，覺得有其他心臟專科問題，故會診乙心臟專科醫師，然乙醫師於診斷時發生過失，致生醫療糾紛，您覺得甲急診醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

8. 若甲外科專科醫師根據乙病理專科醫師所為之惡性切片報告，為病患執行某器官之癌症切除手術，係最後確認乙醫師於病理診斷時發生過失，其實是良性，致生醫療糾紛，您覺得甲外科醫師是不是也要負責？

0 不要

1 要；其責任為（可複選）：20 刑事（判刑）10 民事（賠錢）

9. 綜上，在乙有過失且需負責的情況下，您覺得甲醫師是否須負責，與下列何種因素有關？煩請您依個別因素重要性給分：（1-5分）

\_\_\_ A. 醫療實務運作分工必要性

\_\_\_ B. 甲乙之個別權責具有獨立性

\_\_\_ C. 甲乙之個別權責接受監督控制的強度

\_\_\_ D. 甲醫師是否可以信賴對方之專業

\_\_\_ E. 甲醫師是否應該瞭解對方專業

\_\_\_ F. 甲醫師自己行為有無過失

\_\_\_ G. 依據醫事鑑定意見即可



# 《科技法學評論》徵稿簡則

1. 本刊為定期刊物，由國立交通大學科技法律研究所與社團法人台灣科技法學會共同發行，一年兩期，從 2010 年起，每年 6 月及 12 月出刊。
2. 本刊〈科法新論〉專欄歡迎與科技法有關之中英文論著、譯稿、書評與案例評析來稿，〈法學新聲〉專欄歡迎博、碩士研究生來稿。來稿請一律附中英文標題、作者名、摘要與關鍵詞並註明所屬類別，並請依學術慣例於適當之處引註，另於文末列具參考文獻。來稿如係譯著，請附寄原文及原作者同意書。
3. 中英文摘要請分別以 300 與 250 字為度，並請附上 5 至 8 個中英文關鍵詞。來稿文長以 2 萬字為度。
4. 來稿如無註解，或其主要部分已在其他刊物或將在其他刊物發表者，恕不予刊登。
5. 本刊採雙向匿名審查制度，來稿均須經初審及複審程序，審查結果將適時通知作者。如有文章字數過多或稿件數量超過該期篇幅之情形，總編輯得依投稿領域之分布及文章之時效性，對字數、版面及刊登順序等為適度之調整。
6. 來稿通過審查而獲刊登者，依以下原則贈送每位作者當期評論及抽印本：
  - (1) 單一作者或雙作者：每位贈送當期評論兩本及抽印本 20 份。
  - (2) 三人以上共同著作：每位作者贈送當期評論一本及抽印本 10 份。
7. 稿件一經刊登，作者文責自負。
8. 來稿請用 doc.或 rtf格式，或 email 至 [techlrev@gmail.com](mailto:techlrev@gmail.com)，或郵寄至：「新竹市大學路 1001 號交通大學科技法律研究所轉交台灣科技法學會」。
9. 有關本刊註解格式之詳細說明、投稿者基本資料表、著作權聲明與授權同意書，以及參考範本，請參閱本刊網站：[http://www.itl.nctu.edu.tw/tlr\\_n/index.html](http://www.itl.nctu.edu.tw/tlr_n/index.html)。

# Call for Papers

1. Technology Law Review (TLR) is a peer-review law journal published twice a year. From 2010, it will be published in June and December respectively.
2. We welcome technology-law related articles, translated works, book reviews, and case reviews. Please note the category of your submission.
3. Submissions are subject to peer-review; authors will be notified of the results in due course.
4. Works already published, in whole or in part, in another publication, will not be accepted.
5. Please email your submission in .doc or .rtf format to <techlrev@gmail.com>.
6. We welcome works in English or Chinese. Please give the title, author's name, abstract and keywords in both English and Chinese. Do not hesitate to contact us if you need assistance in translating the above items into Chinese.
7. Please limit your English and Chinese abstracts in 250 to 300 words respectively. Please keep the number of keywords in 5 to 8 words.
8. Please format your citations properly according to the Bluebook, and provide bibliography at the end of your work.
9. The author bears all the responsibility arisen from the submission.
10. Authors whose works are published will receive copies of TLR, and article reprints:
  - (1) Single-or-two-author articles: 2 copies of TLR and 20 article reprints for each author;
  - (2) Three-or-more-author articles: 1 copies of TLR and 10 article reprints for each author.
11. For further information, including forms and templates, please visit our website at <[http://www.itl.nctu.edu.tw/tlr\\_n/index.html](http://www.itl.nctu.edu.tw/tlr_n/index.html)>.





Institute of Technology Law, National Chiao Tung University  
Taiwan Technology Law Institute

# Technology Law Review

科技法學評論

Vol. 7 No. 1

June 15, 2010

Regulating Nanotechnology's Potential Environmental and Health Hazards  
—Examining Taiwan's Existing Legal Regimes and Some Comments for Future  
Development

*Hsing-Hao Wu*

The Principle of Common Heritage of Mankind and the Management of Common Pool  
Resources

—A Comparative Study on the Concepts and the Institutional Designs

*Wen-Chen Shih*

Is Freedom of Property Form Principle Efficient?

—Interpretations of Article 757 of the Taiwan Civil Code and the Underlying Theory

*Yun-Chien Chang*

Don't Be a Software Giant in Europe!

—A Critical Analysis of *Microsoft v. Commission*

*Kuo-Lien Hsieh*

Online Shopping Contract and Consumer Protection

*Tsu-Zu Liu*

Reliance Doctrine in Medical Disputes

—A Comparative and Empirical Study

*Chia-Jui Su*



56HTWAE0701

ISSN 1811-3095



9 771811 309002