

國立交通大學

管理學院科技法律學程

碩士論文

定位不明的照護者—
論專科護理師之執業範圍與資格標準

A Healthcare Profession with Uncertain Legal Status— The
Scope of Practice and Qualification Standards for Nurse Practitioners

研究生：蕭雅純

指導教授：陳鈺雄 教授

中華民國一百零三年六月

定位不明的照護者—
論專科護理師之執業範圍與資格標準

A Healthcare Profession with Uncertain Legal Status — The
Scope of Practice and Qualification Standards for Nurse Practitioners

研究生：蕭雅純
指導教授：陳鈺雄

Student : Ya-Chun Hsiao
Advisor : Chih-Hsiung Chen



A Thesis
Submitted to Institute of Technology Law
College of Management
National Chiao Tung University
in partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of

Master

in

Technology Law

June 2014

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國一百零三年六月

定位不明的照護者—

論專科護理師之執業範圍與資格標準

學生：蕭雅純

指導教授：陳鈺雄 博士

國立交通大學管理學院科技法律學程

中文摘要

近年來，我國醫療健康保險給付制度改變醫師選擇執業科別的意願，有限醫療資源左右了醫療行為與醫院的經營方式，台灣醫療生態丕變，為維持醫療生態平衡與兼顧公眾健康及醫療需求，各醫院在考量成本效益下，以成本較低且熟悉醫療作業的護理專業人員，取代原本高成本的醫師人力，執行部分醫療工作，專科護理師的角色逐漸由傳統的護理照護，擴展成協助醫師執行醫療行為的轉型醫療照護者，其實際執行之業務與住院醫師工作範圍多有重疊，而法源僅依據護理人員法第 24 條第 2 項之概括規定與主管機關相關函釋，容許專科護理師在醫師指示下執行醫療輔助行為，在法規層面上並沒有完整妥善的討論與規劃，由於專科護理師執業範圍法源位階不足，法規界定不明確，使專科護理師執行醫療行為忐忑恐有違法之虞，也引起公眾對其健康照護安全的疑慮。若能重新審視修訂法律，提升專科護理師訓練與健全認證程序，釐清專科護理師的執業範圍與法律定位，讓其專業能力獲得公眾認同，增進專科護理師在醫療照護的獨立性，定能在有限的醫療資源下提供最佳的醫療照護。

關鍵詞字：專科護理師、醫師指示、醫療輔助行為、執業範圍、護理人員法

A Healthcare Profession with Uncertain Legal Status — The Scope of Practice and Qualification Standards for Nurse Practitioners

Student : Ya-Chun Hsiao

Advisor : Dr. Chih-Hsiung Chen

Institute of Technology Law
National Chiao Tung University

ABSTRACT

Recently, insufficient reimbursement of health insurance and the shortage of medical resource have caused the shortage of physicians and difficulty to hospital management. To maintain the balance between quality and cost of health care, hospitals often substitute nurses for physicians in many occasions due to their lower salary. The role of nurse practitioners is therefore transformed from traditional nursing care to collaboration with physicians. The scope of nurse practitioners' practice partly overlaps with the scope of practice for physicians. However, the unclear regulations defining the scope of nurse practitioners' practice increases the risk of malpractice litigations to nurse practitioners and creates danger on the safety of public health. Therefore, it is essential to revise the current regulations, including clarifying the scope of practice, raising the standards of training and qualification, and enhancing the independence of nurse practitioners' practice, for improvement of health care quality under the limited medical resource.

Key words: nurse practitioner, physician's supervision, medical assistance, scope of the practice, the nurse act

致謝

時光荏苒，四年前搬到新竹後，即刻便展開忙碌的職場與求學生涯，新的工作環境、陌生的居家住所與未知的知識領域，剛開始只能隨著時間像陀螺般打轉，感謝老師們容忍學生的反應驚鈍，循循善誘耐心指導，讓我從法律的門外漢慢慢了解法律人的思考邏輯與語言，更在老師的言行中，體會了法律人的自律嚴謹的風骨。

課堂的學習是學識豐盛的饗宴，與年輕碩班同學的交流，讓我頓時回到學生時代純真理想，跳脫白袍下既定的思考模式，打開塵封已久的心，重新領會學習的樂趣。更謝謝同學筆記支援與專班同學麗淑、啟弘、宗德共患難的精神鼓勵，讓我通過一次次考試與報告。

課堂上與老師、同學的互動是有趣的學習過程，然而論文的書寫則像是反覆、無止盡地雕塑琢磨的耐力考驗，由擇定題目、文獻選讀、收集整理法院裁判資料，評析尋找爭點與解決對策，多少日子的挑燈夜戰，多少次面對毫無方向不知從何著手的茫然，甚至絕望地認為完成論文是不可能的任務，感謝錕雄老師全然的包容，老師總會帶著微笑，以不疾不徐的語調與堅定的口吻，安定我躁鬱的靈魂，精確指出文章論點的薄弱矛盾與需要補充加強之處，更在我還沒犯錯前，即先提醒我該注意的陷阱，讓我在時間不夠的情形下，少走許多冤枉路。感謝服清老師、志潔老師擔任我的論文口試委員，提供了很多寶貴的意見，提升文章的可讀性、正確性與完整性。

最後感謝馬偕紀念醫院新竹分院郭許達院長與糖尿病照護機構同仁協助，容許我在忙碌醫院工作之餘，分擔我的工作，另外去學習與醫療領域不同的法律學程。當然更要感謝家人我的父母、宥青、麗珍的支持與鼓勵，謝謝這美好的一切。

蕭雅純 謹致於
交通大學 管理學院科技法律學程
一百零三年六月

目錄

中文摘要	i
英文摘要	ii
致謝	iii
目錄	iv
第一章 緒論	1
1.1 研究背景與動機	1
1.1.1 研究背景	1
1.1.2 研究動機	2
1.2 文獻回顧	3
1.3 研究方法與限制	4
1.4 文章架構	4
第二章 專科護理師制度的演進與當前困境	6
2.1 護理師執業類型與界限的改變	6
2.1.1 專科護理師制度的發展	6
2.1.2 台灣專科護理師制度的沿革	8
2.1.3 台灣專科護理師的執業現況	10
2.2 當前專科護理師執業困境	11
2.2.1 護理人員醫療糾紛的原因	11
2.2.2 專科護理師醫療糾紛的態樣	12
第三章 專科護理師醫療執業範圍的法令解釋	15
3.1 醫療行為與醫療業務的法律意涵	15
3.1.1 醫療行為與醫療業務的定義	15
3.1.2 執行醫療業務主體的正名	16
3.2 醫療業務行為的分類	16
3.3 專科護理師執業範圍的相關函釋	17
3.4 法院對專科護理師執業範圍的裁判	19
第四章 專科護理師執業範圍法規爭議	22
4.1 專科護理師執業範圍法令解釋違反法律明確性原則	22
4.1.1 法律明確性原則的意涵	22
4.1.2 專科護理師執業範圍行政解釋違反法律保留原則	23
4.1.3 專科護理師執業範圍行政解釋法律化	24
4.1.4 專科護理師執業範圍行政解釋無法律效力	25
4.1.5 刑法論處專科護理師業務過失無法有效遏止逾越執業範圍	26
4.2 醫療業務行為界定不合時宜	26

4.3.親自診療與醫師指示合法性之衝突.....	29
4.4.專科護理師執業能力落差.....	30
4.4.1 專科護理師專業能力標準不一.....	30
4.4.2 專科護理師訓練認證與國際標準之差異.....	31
第五章專科護理師法規修法方向.....	33
5.1 修法明訂專科護理師執業範圍以符合法律明確性原則.....	33
5.1.1 以法律保留授權主管機關行政命令補充.....	35
5.1.2 專科護理師業務類型化，提高執業範圍裁量標準可預見性.....	37
5.2 醫師指示合法化.....	41
5.3.提升專科護理師執業能力.....	42
5.3.1 建立全國專科護理師專業能力標準.....	42
5.3.2 修法提升專科護理師的訓練與認證標準.....	44
5.4.評估專科護理師執業能力與公眾滿意度.....	45
第六章結語.....	47
參考文獻.....	49
附錄一非醫師執行醫療業務行為之法院裁判.....	53



第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

二十年前專科護理師開始出現在台灣醫療照護系統中，近年來逐漸取代住院醫師，在醫療機構中成為照護急性住院病人之主力，護理師角色任務的轉變，執業範圍的擴張，因其影響全民健康與生命安全，專科護理師制度的發展，遂逐漸引發大眾的關切。

1.1.1 研究背景

台灣專科護理師職稱最早出現於民國 75 年馬偕紀念醫院護理人員編制中，最初發展方向係為了提升臨床護理專業能力，提供專科化的護理衛教，其角色功能較侷限於傳統護理領域¹。近年來，醫療健康保險給付制度的改變，一方面限縮了醫療資源，另一方面影響了醫師選擇執業科別的意願，造成內、外、婦、兒以及急診科醫師人力不足，醫院藉由較熟悉醫療業務的資深護理師來取代不足的醫師人力，專科護理師角色與功能漸漸與早期為了提升護理人員專業地位而成立專科護理制度的理念有了明顯的差異。台灣的醫療照護體系，也產生了改變。因為床位的增加、保險支付制度不公與住院醫師選科不均，造成各級醫院的急性病房近一半的床位無住院醫師照料²。當各醫院的經營走向企業化管理與成本控制，出缺的人力在有限的資源下，當時各醫院開始規畫不同的醫療從業人員，以較低的成本來因應住院醫師人力的不足，奇美醫院自民國 81 年就開始設立 Physician Assistant，中文定名為「專科助理」；台大醫院於民國 87 年 6 月亦因應外科住院醫師之人力不足，建立專業合作模式，進行院內「專科護理師」之規劃³。但由於本國醫療法第 58 條規定醫療機構不得設置臨床助理執行醫療業務，故多所醫院或另行聘雇護理師，或將醫師助理更名為進階護理師、臨床護理師或專科護理師等職稱，以不同的護理師之名，協助主治醫師執行傳統上原屬住院醫師與實習醫師的醫療業務，提供病人連續性與整合性的護理與醫療照護，如此即擴張了原本護理師執業範圍，進而改變現有的台灣醫療照護體系。

¹ 田聖芳，「臨床專科護理師角色與功能」，護理雜誌，第 4 卷第 37 期，頁 91（1990）。

² 吳俊裕，「專科護理師」證照制度對護理人員影響之研究，國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文，頁 9（2002）。碩士論文提到，於 1999 年台北市立醫院中平均醫師人力出缺高達百分之四十一以上。

³ 方楸淑，「專科護理師的經驗分享」，台灣醫界，第 53 卷第 2 期，頁 26（2010）。

1.1.2 研究動機

專科護理師的角色逐漸由傳統的護理照護，轉變成與醫師合作並協助醫師執行醫療行為的醫療照護者，因其本為一般護理師，領有護理師執照，原期待專科護理師的工作內容，應包括病人護理照護之大眾熟悉的角色外，還有醫療服務及衛教指導的功能。然而臨床實務上，為彌補住院醫師普遍短缺的情況下，專科護理師工作內容集中在替代住院醫師執行 50%-60% 的醫療常規工作，約佔其工作總量的 60-80%⁴。住院病人病史詢問評估病情，統合作初步醫療診斷並給予相關的檢驗檢查，協助主治醫師記錄病人病情檢查結果，傷口縫合換藥，鼻胃管、氣管外管、尿管與引流管置換等，較侵入性之醫療處置，這些原來是醫師執行之業務，已轉交付專科護理師，成為其目前臨床實務上常執行的醫療行為。除此以外，由於全國各醫院對這些專科護理師角色定位並沒有共識，常隨著個別醫師的喜好行事，介入手術或獨立處方藥物等時有所聞。而目前依據護理人員法第 24 條⁵，護理人員業務範圍包括傳統的護理問題評估處置與護理衛教與指導外，僅依據同條第 2 項規定在醫師指示下容許護理人員執行第 1 項第四款醫療輔助行為，作為專科護理師協助主治醫師執行醫療業務的主要法源依據，為維持醫療照護系統順利運作，將上述原專屬醫師的醫療行為，開放給專科護理師來執行，是否該當未取得醫師資格擅自執行醫療業務，違反醫師法第 28 條前段規定而被科以有期徒刑與罰金⁶！進而按護理人員法第 37 條因違法執行業務情節重大而遭停業或廢止執照。憲法第 15 條規定人民之工作權應予保障，人民從事工作並有選擇職業之自由。凡人民作為生活職業之正當工作，均受國家之保障。工作權為一種職業自主權，一種自由意志決定的行為，應盡量不受公權力侵害。工作權之保障範圍應包括人民有選擇工作及職業之自由，對於取得各種職業資格者，其職業活動範圍及工作方法之選擇，亦受憲法之保障，專科護理師經過進階訓練後，由行政主管機關衛生

⁴ 陳都美，專科護理師角色功能定位及其法律規範，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，頁 9（2005）。

⁵ 護理人員法第 24 條（2013 年 12 月 21 日）：「護理人員之業務如左：

- 一 健康問題之護理評估。
- 二 預防保健之護理措施。
- 三 護理指導及諮詢。
- 四 醫療輔助行為。

前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。」

⁶ 醫師法第 28 條（2012 年 12 月 19 日）：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：

- 一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。
- 二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。
- 三、合於第十一條第一項但書規定。
- 四、臨時施行急救。」

福利部認證合格的專業醫療人員，於醫療機構被授權執行醫療業務行為，其工作權應受一定保障，即使為維護公眾生命身體健康之公共利益，需就專護執業資格與執業範圍加以限制，也不應逾越必要程度。在執業範圍法規不明確下，讓專科護理師無法預知其該當義務，不僅成為專科護理師工作壓力的來源，也是專科護理師醫療糾紛的主要導因。台灣專科護理師制度的推動上，在法規層面並沒有完整妥善的討論與規劃，而實務上專科護理師替代住院醫師人力，協助主治醫師執行傳統專屬醫師為之的醫療行為，早已經是日前醫療照護系統的常態，在補足醫療人力為導向便宜行事的氛圍下，擴張的專科護理師醫療照護行為是否於法有據？是否會危害病人安全與全民健康福祉？如何在法規上做完整的檢討並建立有效的管理機制，藉以釐清專科護理師在醫療照護系統的角色與法律定位，此係促進專科護理師制度永續發展，維持醫療照護系統運作，進而提升醫療照護品質與病人安全的當務之急。

1.2 文獻回顧

目前專科護理師執業範圍界定不清，於各醫療機構之實際執業內容項目不一，從醫療實務上來看專護執業範圍，有關專科護理師執業現況研究不多，僅2008年有一橫斷性研究，針對台灣領有專科護理師證照之專科護理師學會會員，以自填問卷方式進行調查，結果顯示專護日常工作內容有執行病歷記錄佔15-18%，在侵入性處置之執行、協助開立檢驗檢查藥物處方醫療業務行為低於3%，然而此一問卷回收率僅40.2%，且以自填問卷方式是否足以反映實際執業情形，證據並不充分也未必能令人信服⁷。從法律觀點來論專科護理師執業範圍，回顧文獻，在較早期文章主要說明96年6月衛生福利部對專科護理師執業範圍解釋函之意旨與分析其法律效果，文中認為前揭函釋係行政指導無法律效力，但經由專業團體自形成醫療及護理常規，間接發生法律效果⁸。近期學者則認為專科護理師執業範圍相關函釋太過保守，與一般護理師並無區別，建議將醫療技術與文書作業上授權專科護理師更多合法權限，並提高專科護理師執業範圍法規位階，確保其法律效力⁹。另一篇去年的論文中同樣認為執業範圍不明法令效力不足，應修法使專護執業範圍明確化；討論專科護理師在醫療糾紛發生時所涉及醫療機構、醫師間民刑事責任歸屬，文章提及援用信賴原則，在醫師指示合宜，專護能力充足下，因執行業務過失致病人傷害或死亡，專護需自行承擔法律責任。作者進一步認為可藉由護理碩

⁷ 童恒新、蔡秀鸞、王采芷，「台灣專科護理師執業現況調查」，台灣醫學，第14卷第3期，頁267（2010）。

⁸ 吳憲明，「從法律觀點看專科護理師執業範圍」，醫事法學，第15卷第1期，頁58（2007）。

⁹ 邱慧如，「從法律觀點論專科護理師之執業範圍」，醫事法學，第19卷第2期，頁64-75（2012）。

士學位或納入專門職業及技術人員特考，提升專科護理師地位¹⁰。惟過去文獻對於目前專科護理師授權執行之醫療業務行為樣態未有說明，法院實務上對專護執業範圍的裁判界定也未著墨，專護執業範圍相關法令解釋，前揭論文中雖同樣認定不夠明確，但並無深入評析論理，而有無法律效力認定不一，就此本文的研究問題：

1. 甚麼是目前專科護理師合法的執業範圍？
2. 專科護理師執業範圍法規是否明確？受規範之醫事人員是否可得預見？
3. 缺乏法律授權下，行政主管機關對專科護理師執業範圍函釋是否適法，有無法律效力？
4. 醫療業務行為傳統界定方式以裁判責任歸屬，是否能因應當前醫療照護系統的變革？
5. 專科護理師在醫師指示下執行醫療業務行為時，何者是合法合理的醫師指示？
6. 專科護理師專業能力標準是否足以擔當法令容許的執業範圍？

1.3 研究方法與限制

本文以回顧文獻資料來研究歷史發展，蒐集文獻包括中文書籍、期刊論文、學術研討會紀錄、學位論文、政府出版品、報章及網路資料，藉由過去所發生的活動軌跡，瞭解目前現況與未來可能面對的問題。

本文更進一步就現有刑法及醫療法規加以彙整，並以實證法研究法院判決、起訴書作為佐證，來釐清目前台灣對專科護理師執業與認證相關爭議的法令解釋。在法院裁判整理係以醫師法第 28 條前段之刑事裁判作為分析，資料蒐集之方法乃以司法院公布之裁判即法學資料檢索系統為資訊之來源，在司法院法學裁判書系統查詢，以關鍵字「無照行醫」、「護理師」和「醫師助理」「業務過失致死」來蒐尋，時間由民國 84 年 1 月至民國 102 年 6 月，案件類別設定在刑事訴訟，排除偽造文書、詐欺(詐領健保費)、妨害秘密、牙醫、推拿針灸中醫等情形，彙整出法院所裁判之容許專科護理師執行之醫療行為，製作附表。

本文係以台灣現行專科護理師執業範圍與認證標準就醫療實務與法令解釋上，探討相關爭議與可能之解決方案，並無對專科護理師未來發展例如處方權與醫療保險給付多作研究。再者也僅援用英美與我國醫療發展等相關資料，其他國家專科護理師制度法規，並無研究。

1.4 文章架構

¹⁰ 陳世宜，專科護理師之法律定位與執業範圍，國立中正大學法律研究所碩士論文（2013）。

本文第一章將研究背景、動機、問題、方法、限制及架構做說明，第二章先就專科護理師制度的發展與台灣專科護理師制度現況做介紹，以期瞭解專科護理師為什麼會出現在台灣醫療照護系統中，再由目前專科護理師執業情形與可能面對之醫療糾紛樣態，體現其實務上的醫療照護困境。第三章彙整台灣專科護理師相關法令解釋，以護理人員法第 24 條為法源，再輔以主管機關行政解釋來規定專科護理師之業務內容，進一步藉由分析法院裁判佐證，釐清專科護理師目前法令所容許之執業範圍。第四章將專科護理師執業範圍的法律規範架構可能引發的爭議做深入探討，專科護理師業務範圍法令解釋因無授權，恣意由行政主管機關以行政解釋補充說明，可能違反法律明確性原則；因為醫療照護制度的進展，傳統醫療核心行為與輔助行為來界定專科護理師執業範圍為已經不合時宜；專科護理師在依指示下執行醫療輔助行為，可能與醫師親自診療的義務衝突；專科護理師專業能力及認證標準，相較於國際英、美等國所出現的落差在本章作分析說明。第五章針對上述專科護理師執業與認證法律規範所可能引發之爭議，參考相關文獻資料與英美國專科護理師制度的法令，歸納目前台灣特有的現況，嘗試在兼顧維持醫療照護系統運作與病人安全下，尋求修法方向與對策。最後於第六章將本文之重點結論做整理，透過修法釐清專科護理師執業範圍，並提升專科護理師專業能力，使台灣專科護理師制度能永續發展。



第二章專科護理師制度的演進與當前困境

專科護理師制度的推動，我國與英、美、澳等其他國家原因相同，皆因醫療資源有限，為維持醫療生態平衡與兼顧公眾健康及醫療需求，各醫院在考量成本效益下，以成本較低且熟悉醫療作業的護理專業人員，取代原本高成本的醫師人力，執行部分醫療工作，護理師的角色由傳統遵照醫囑的護理照護功能，提升到目前英美等國家專科護理師可以獨立執業或與醫師合作執行診斷處方的醫療業務。台灣專科護理師制度發展正處於萌芽階段，其角色功能與執業模式尚未有定論，藉由了解國際間專科護理師制度的演進，能讓台灣專護走出適合本國醫療照護體系，又能與世界接軌的道路。

2.1 護理師執業類型與界限的改變

在醫療照護系統發展歷史上，國際間護理師所扮演的角色並非一成不變，最初本可以獨立自主照護治療病人，隨著以醫師為中心的父權思想崛起，致女性為主的護理人員執業被限縮在醫師指示下執行抽血、給藥等簡單的輔助醫療，近年來各國因醫師人力缺乏，護理人員專業知識技能提升，發展出進階護理師制度，進而容許其有條件地獨立診療病人。台灣亦有類似的醫療資源不足之環境變遷，護理師執業範圍也逐漸擴張中，致使我國醫療照護體系有了新的面貌。

2.1.1 專科護理師制度的發展

在國際專科護理師制度發展史上，美國可以說是推動專護制度的始祖與典範，回溯專科護理師的起源早在 Menard(1987)「臨床護理專家實務透示」中即已提到：1940 年代，Peplau 記載精神科臨床護理專家的角色功能，在當時護理人員在醫療照護有較高的獨立性與專業性，所執行的醫療行為與現今醫師的執業範疇類似¹¹。然而在二次大戰結束後，因為醫院的建立與健康保險的介入，以醫師為中心的醫療照護系統逐漸形成，護理人員於醫療照護系統運作下漸漸失去自主性，現今大家所認知的傳統護理人員角色逐漸形成。台灣的護理體系乃沿用西方國家制度，護理人員的傳統執業模式被限制在醫師的醫囑下照護病患，執行健康問題之護理評估、預防保健之護理指導及諮詢，並沒有參與病人疾病診斷與治療的決

¹¹ SHIRLEY W. MENARD, THE CLINICAL NURSE SPECIALIST: PERSPECTIVES ON PRACTICE 1-7 (1987); Esat Angun, *NP invisibility: Validation Compliance Supports Advance Practice Nurses*, 28 NURSE PRAC. 52, 52 (2003).

定。

1960 至 1970 年代，在美國 Kansas 城的 Bethany 醫院心臟加護中心，醫師與護士必須一起密切合作照護病人，醫師開始仰賴護理人員的專業與判斷，並與他們討論病患醫療處置的決定。同年在 Massachusetts 總醫院的護士被授權獨立負責診治門診的慢性病人，並逐步成為社區成人病患照顧的主力。同一時期，美國因為偏遠地區醫師人力不足，基層社區醫療照護，特別是婦女與嬰幼兒的保健服務，逐漸由進階護理師獨立作業。雖然護理人員執業範圍開始擴展，但是此時期的這類進階護理人員是為少數人，且大部分專科護理師皆由醫院訓練，在醫療資源多為醫師掌握下，其進階專業並未受到合理的重視，也未能改善經濟待遇。然而由於護理人員的自覺與實務上的需求，為了增進醫療相關知識技能以提高專業自主性，專科護理師的培育與訓練逐漸受到重視，美國專科護理協會(American Nurses Association, ANA)著手規劃，將最初以醫院或醫師提供短期實務訓練模式，提升為以大學研究所為主要訓練場所的碩士學位學程¹²。自 1980 年代以來，受過高等教育的護理人力激增，進階護理師能力漸受肯定，在執業領域中展現其專業能力與獨立性，隨之在 1990 年代進階臨床護理師(advanced practice nurse, APN)專業角色逐漸擴展而多元，因各專科不同需求進一步分為臨床護理專家 (Clinical nurse specialist, CNS)、專科護理師(nurse practitioner, NP)、助產人員(midwife)與麻醉護理師(nurse anesthetist)四種，服務層面涵蓋有：收集病人健康史、確認危害個人健康的危險因素、提供預防疾病的衛教；由病史記錄、身體檢查和臨床發現來選擇適當檢驗以確立疾病診斷，並執行適當及有效的藥物與非藥物之治療，必要時可轉介其他專業機構並持續追蹤管理個案等¹³。雖然專科護理師投入可觀的時間金錢以提升其專業能力，然而美國各州專科護理師的執業模式，從 1965 年到 1990 年初期，主要都是在社區基層醫療體系 (Primary Health Care system)，執業場所多在開業醫師的門診、與開業醫師合夥的門診或於學校、工廠的醫務室等，執業方式以獨立作業或與基層醫師合夥，在藥物處方授權上各州也不相同。如前文所提及，在此時期之執業模式，醫療資源仍大半掌握在醫師手中。直到 1990 後期，聯邦政府經修訂「平衡預算法」(Balance Budget Act)後¹⁴，終於全面獲得聯邦老人醫療保險當局 (Medicare) 的認同，而獲得個別獨立付予護理費之給付 (reimbursement)。

英國最早出現美國發展的專科護理師執業模式，是於 1980 年代末期由 Barbara Stilwell 引介到英國，執業場所係到基層社區以衛生室(health post)或門診(walk-in

¹² Nancy L. Reading, *Coding Strategies for NPs*, 10 ADV. NURSE PRAC. 22, 22-23 (2002); Eileen Furlong & Rita Smith, *Advanced Nursing Practice: Policy, Education and Role Development*, 14 J. CLINICAL NURSING 1059, 1061 (2005).

¹³ 陳雅雯，「美國護理執業師的角色」，慈濟護理雜誌，第 4 卷第 3 期，頁 8 (2005)。

¹⁴ Kathleen T. Smith, *Balanced Budget Act of 1997 Becomes a Reality: Brings Major Changes to Health Care*, 15 NURSING ECON. 271 (1997).

Clinic, RN-led clinic) 等方式，提供弱勢民眾詳細的健康檢查、初步診斷與其所需的初級藥物治療的服務。1990 年代末期，英國在推展專科護理師的制度上，並未有全國統一的目標，實務上則由醫界與各護理界領袖合作，依各醫療機構的需要，選出優秀的一般註冊護理師(Registered Nurse, RN)，接受一定期間的在職訓練，或到護理學院接受為期一年的進階實務課程，進而發展出不同的「專科護理師」(NP) 執業模式，即原本專護執業場所主要在基層社區，在十年間擴展至急性醫療照護體系 (acute care settings) 中，負起需要進階能力的醫療照護業務，或特定的健康評估與檢查的工作¹⁵，與美國專科護理師制度不同的是，英國至今，對專科護理師 (Nurse practitioner) 這個「職稱」，不僅還未能法令化，也未建立起執業登記制度，所以 NP 的專業能力、工作內容與執業模式，都還停留在各行其是的階段¹⁶。但是英國政府早在 1986 年為了提供社區病人及民眾及時與在地的藥物治療，授權社區護理師 (community visiting nurse) 處方藥物，並於 1994 年修法規定一般註冊護理人員 (RN)，只要接受過相關課程並通過考試，就能正式取得開立「藥物處方」權¹⁷。至於英國專科護理師的教育程度與訓練課程尚未有法令明定，然而於 1995 年開始，各大學紛紛將「專科護理師」的課程，配合英國皇家護理學會 (Royal College of Nursing, RCN) 的審核與評鑑，將之提昇到護理學士 (Bachelor of Science in Nursing, BSN) 的程度。隨後，英國的護理界決定比照美國，將專科護理師應接受的最低教育程度，設在「碩士學位」，英國部分大學也跟進將護理學系開辦的專科護理師課程延長一年，並授予榮譽學位 (Honour level degree) 或碩士學位¹⁸。

國際間專科護理師制度發展雖有不同，重要的是專科護理師已突破傳統護理的執業範圍從被動遵行醫囑的傳統角色，擴展至主動而有條件獨立診斷處方的執業型態，由初期在偏遠地區，參與診斷和治療疾病，照護較弱勢的病人；進而在急性醫療機構中，替代住院醫師執行醫療業務，在醫療資源短缺與醫師人力不足的困境中，填補了病人健康照護空缺，扮演著維持醫療品質不墜之重要角色。

2.1.2 台灣專科護理師制度的沿革

美國因應醫療費用高漲與醫師人力不足，而發展出以其他醫療從業人員取代

¹⁵ SHIRLEY REVELEY ET AL., *NURSE PRACTITIONERS: DEVELOPING THE ROLE IN HOSPITAL SETTINGS* (2001).

¹⁶ Sara Morgan, *What Are the Differences in Nurse Practitioner Training and Scope of Practice in the US and UK?*, *NURSING TIMES*, July 13, 2010, at 21.

¹⁷ Dept. of Health, *Improving Patients' Access to Medicines: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing Within the NHS in England* (Apr. 2006), http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4133747.pdf.

¹⁸ ROYAL COLLEGE OF NURSING, *ADVANCED NURSING PRACTITIONERS: AN RCN GUIDE TO THE ADVANCED NURSE PRACTITIONER ROLE, COMPETENCES & PROGRAMME ACCREDITATION* (2010), available at http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf.

醫師人力的新型醫療照護體系中，除了前文所提及的進階臨床護理師(advanced practice nurse, APN)，還有醫師助理(physician assistant, PA)兩種不同之制度，其中前者進階臨床護理師均具備護理碩士以上學歷與國家證照，依其專科領域分為四種，被授權執行其專業技能，專科護理師是其中一支。相對地，後者醫師助理為另一專門領域，領有國家證照，主要職責係輔助醫師執行醫療行為¹⁹。我國進階臨床護理師在發展初期的名稱與定位上相當模糊，基本上分為兩個路線：其一是民國 75 年馬偕醫院為了提昇護理人員的專業地位，在國內首先設置「專科護理師」職位，係由具有碩士學位之專業護理人員擔任，其角色功能主要仍在護理領域，不固定病房，提供專科化的臨床護理與衛教、指導教育不同專業領域較資淺的護理人員、同時參與行政管理，並能與醫師、護理人員、社工師不同領域之間醫療部門協調，工作性質類似美國的臨床護理專家(CNS)，當時設立「專科護理師」制度的目的在於發展臨床護理專家(CNS)，並與升遷結合²⁰，藉由實施護理人員分級制度，逐級提升護理專業能力。另一途徑與前述目的完全不同，為因應內、外、婦、兒及急診科住院醫師不足，各醫院紛紛設立醫師(臨床)助理或專科護理師，招募資深護理人員輔助醫師執行醫療業務。其中具代表性者，長庚醫院於民國 78 年籌辦專科護理師訓練，奇美醫院於民國 81 年設立專科助理，主要任務是協助主治醫師從事不需要醫師親自執行之醫療業務，其隸屬、甄選、訓練，皆由醫務部負責，角色功能偏向美國的醫師助理(PA)。

進階護理師的兩大路線分別發展，名稱、功能與定位各自表述，隨後因醫院團體所爭取的醫療修正草案第 82 條明定醫院得設置臨床助理，以執行部分住院醫療業務，在立法院遭到否決，醫師臨床助理一職在我國醫療照護系統中暫時消失，但這一群以資深護理師為主，原本在醫療機構中協助主治醫師的臨床助理，仍執行相同的業務，只是更名為臨床護理師、專科護理師、資深護理師等等，職稱並不一致，直到民國 89 年 10 月，立法院三讀通過「護理人員法」第 7 之 1 條修正案，「專科護理師」與原有之「護理師」、「護士」均為護理人員之法定名稱之一，於同年 11 月經總統公告，至此，各醫療院所於法統一職稱，使專科護理師正名，成為法定護理人員。

為了取得醫護界對專科護理師職能共識與推動專科護理師制度，國家衛生研究院論壇「醫事人員培育及醫療制度研議案」之「專科護理師培育專責小組」，從民國 88 年起多次召開會議，經過多年研議修訂，於民國 92 年 7 月向衛生福利部正式提交一份「專科護理師培育計畫暨執業規範建議書」，建議書中將專科護理師定位為由機構聘請之執業進階護理師(Nurse Practitioner, NP)，其主要的任務在於與醫師共同提供連續性及整合性的護理與醫療照護²¹，初步建立專護的功能與在醫

¹⁹ Joy L. Delman, *The Use and Misuse of Physician Extenders*, 9 J. LEGAL MED. 249, 255-56 (2003).

²⁰ 陳都美，前揭註 4。

²¹ 國家衛生研究院論壇醫療人員培育及醫療制度委員會專科護理師培育專責小組，專科護理師培育計畫暨執業規範建議書，頁 15 (2003)。

療照護系統的角色。民國 93 年至 101 年間，行政院衛生福利部進一步依據「護理人員法」第 7-1 條第 3 項規定，修正並發布「專科護理師分科及甄審辦法」，該辦法涵蓋專科護理師之分科、甄審資格與方式、甄審命題內容範圍與及格標準、證書發給及有效期限之展延、訓練機構認定標準、訓練課程，並逐步展開專科護理師指導者培訓、訓練課程認定及甄試工作²²，奠立了我國專科護理師制度的基石，於是專科護理師的法源、功能與定位才逐步成型。

2.1.3 台灣專科護理師的執業現況

台灣專科護理師的發展背景，來自於醫療資源限縮與醫師人力短缺，無法支應台灣人口老化與政府提升醫療可近性的政策兩方面所導致的醫療需求增加，在供需失衡情形下，為了醫療照護的延續及機構經營效益考量，醫院急需成本較低的專科護理師投入醫療人力市場，故就現有機構內護理人力，施以短期實務訓練，成為我國目前專科護理師主要培訓方式。大部分專科護理師甄審資格的取得，乃依據台灣專科護理師分科及甄審辦法第 7 條第 1 項規定，具有內(外)科相關領域臨床實務經驗三年以上，在中央主管機關認定之訓練醫院，接受六個月以上之內(外)科專科護理師課程與實習訓練，取得證明者，或是經中央主管機關認定之國家所發給之內(外)科專科護理證書者。而受訓場所則依照行政院衛生福利部公告「專科護理師分科與甄審辦法」第 4 條訓練醫院認定基準中規定，專科護理師的訓練機構係在衛生福利部評鑑通過之教學醫院，設有「由護理與醫療部門主管組成之專科護理師培育專責單位」；訓練課程包括醫療品質、法規與倫理與內外科專業課程為基礎，訓練期間為期至少六個月。這種以醫院實務導向的培育計畫和國外以學校課程學位為主的訓練標準截然不同。自民國 95 年至 102 年止，八年中完成七屆「專科護理師」的甄審作業，我國取得「專科護理師」合格證書者，總計共有 4,424 位。依據 2009 年台灣專科護理師學會所做的調查，專科護理師的學歷以大學程度為主約占 80.86%、專科程度佔 14.84%、碩士程度僅有 4.30%²³。

²² 專科護理師分科及甄審辦法(2014 年 3 月 19 日)。衛生署於 93 年 10 月 27 日衛生署字 09302190040 號令公布「專科護理師分科及甄審辦法」共十五條；95 年 12 月 28 日第一次修正「專科護理師分科及甄審辦法」以附表併入命令中並增加 14-1 條，增訂參加專科護理師甄審資格條件過渡規定；於 96 年 6 月 12 日第二次修正專科護理師分科及甄審辦法第 10 條有關繼續教育積分之採認標準；96 年 11 月 15 日以衛署醫字第 0962802210 號令，第三次修正「專科護理師分科及甄審辦法」，增訂完成大專院校護理研究所內(外)科專科護理師課程，並領有證明文件者於參加專科護理師甄審資格條件過渡規定，並增加為 20 條，就專科將護理師的分科、訓練機構的認定標準及訓練資格及課程標準、甄審方式進行規範；99 年 4 月 20 日第四次修正「專科護理師分科及甄審辦法」第 10 條條文；刪除第 19 條條文。100 年 2 月 25 日第五次修正，刪除部分訓練機構課程與甄審作業相關規定，發布全文 14 條。101 年 6 月 4 日第六次修正第四條訓練醫院認定標準附表一。

²³ 張媚、余玉眉，護理人力及專科護理師制度：願景與挑戰，頁 153 (2010)。

台灣專科護理師的執業現況，根據 2009 年對領有執照專護所做的問卷調查，約 52% 其執業場所在區域醫院以上的醫療機構內工作，其餘則在政府衛生單位、診所與學校等場所。而在機構內行政管理上，醫護共管者占 61.3%、專屬護理部者為 32.7%、專屬醫務部僅占 5.3%，但工作的分配則有超過三分之二(66%)由主治醫師決定²⁴。在工作職責方面，根據各醫療機構的專科護理師工作說明或規範，內容大多遵照 96 年 6 月衛生署解釋函規定²⁵，包括對住院病人初步身體評估與病情詢問、記錄病程、協助開立檢查檢驗領藥單、提供病人與家屬醫學諮詢與病情說明，並在醫師指示下執行主管機關認定的醫療處置(medical procedures)。其中工作項目分歧較大的主要在輔助主治醫師執行醫療行為，全國醫療機構之間並沒有共識，僅形式上遵照衛生福利部同一解釋函規定，由各機構內專科護理師執業委員會制定，實務上，專科護理師執業內容常因主治醫師要求不同，有不同的執行標準，因此有些醫院授權專科護理師執行尿管、鼻胃管、氣管外管置換，有些專科護理師可以輔助醫師執行如肋膜積水抽吸、腹水抽吸、中央靜脈導管置入、胸管置入及傷口縫合等高風險侵入性醫療處置，甚而有些機構容許專科護理師處方感冒、退燒與止痛等特定藥物。

2.2 當前專科護理師執業困境

由於現代醫學科技進展快速，加上健保給付制度將醫療資源重新分配，以量計價雖增加就醫可近性，醫療照護需求暴增，讓原本人力不足的醫療照護系統更是雪上加霜。專科護理師在急性醫療機構的出現，適時補救了因為人力資源不足而岌岌可危的醫療照護系統。專科護理師為進階執業護理師，以提供護理與醫療整合照護為主要任務，實務上其工作內容除護理師傳統護理業務外，已介入過去專屬醫師執行的醫療常規。擴張的執業範圍，不僅醫護界沒有共識，大眾更對專科護理師角色的認知不足，法規亦沒有明確規範。故專護在執業過程中，不僅要面對的除了傳統第一線護理人員所可能引發的醫療糾紛外，還要承擔因為輔助醫師執行醫療行為導致逾越其法定業務範圍的風險。本文藉由整理專科護理師醫療糾紛的原因與樣態，以凸顯專科護理師當前執業所面臨的困境。

2.2.1 護理人員醫療糾紛的原因

醫療糾紛的定義分為廣義與狹義兩種，廣義的醫療糾紛泛指醫病之間的一切爭執，依其爭執的內容細分，可進一步分為費用的爭執、醫德的爭執，以及醫療

²⁴ 張媚、余玉眉，同前註。

²⁵ 行政院衛生署衛署照字第 0962801033 號函（2007 年 6 月 20 日）。

傷害責任歸屬的爭執三類。所謂狹義的醫療糾紛，是一般社會大眾所認知的醫療糾紛，即陳榮基教授等主張醫療糾紛為「在醫療過程中，醫療提供者與病人或病人家屬之間，因醫療傷害的責任問題所形成的民事或刑事糾紛²⁶。」而護理人員身為第一線醫療照護提供者，長時間與病人及家屬接觸，當雙方立場期望有差距，且護病關係溝通不良，不信任、不滿意的情況一觸即發。因此在衛生福利部醫政處 90 年度醫事鑑定案件被告身分中，護理人員是僅次於醫師最常被告的醫療專業人員²⁷。進一步分析護理人員執業時，可能引發醫療糾紛的原因分類如下²⁸：

(一) 行政作業相關問題：

護理人員執行非直接照護護理對象的護理業務行為時，出現如偽造護理相關記錄、違背行政主管職責、醫療儀器維護失當、作偽證、丟棄死亡護理對象之檢體、藥品管理疏失等情況，因而引起之業務糾紛。

(二) 自主性執行護理照護行為相關問題：

指護理人員執行獨立性護理活動時，發生糾紛，包括：溝通不良、服務態度欠佳、觀察或照護疏失、判斷能力不足、延誤或未通知醫師等狀況。

(三) 指示性醫療輔助行為相關問題：

指護理人員執行醫療業務行為時，超出護理業務範圍，或護理人員執行經醫師指示的護理活動或協助醫師執行醫療輔助照護行為因過失造成病人傷害。

2.2.2 專科護理師醫療糾紛的態樣

當前醫療機構中，大多數專科護理師在急性病房工作，評估住院病人病情、協助病歷記錄、提供住院病人和家屬醫學諮詢及病情說明、執行醫療輔助行為，主要為第一線醫療常規工作。與傳統護理人員相同，在長時間照護接觸病患下，服務態度不佳、警覺性或判斷力不足等護理照護相關行為引發糾紛偶有所聞。然而與傳統護理人員不同的是專科護理師執行的醫療行為多樣且複雜，又常與一般大眾認知的醫師執業範圍重疊，目前最受爭議且日益增多的醫療糾紛案例，以協助主治醫師執行醫療處置所衍生的問題為主。以下是新聞雜誌報導三個專科護理師醫療糾紛案例：

案件 1 專科護理師書寫處方

專科護理師也穿醫師服、戴聽診器、單獨詢問患者的病痛，沒有住院醫師或主治醫

²⁶ 楊秀儀，「論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則」，台灣本土法學雜誌，第 39 期，頁 121-131（2002）；吳俊穎等，「醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：台灣醫療糾紛民國 91 年至 96 年訴訟案件分析」，台灣醫學，第 14 卷第 4 期，頁 360（2010）。

²⁷ 鄭志忠，醫療糾紛案件處理之探討：以台灣醫療改革基金會收案對象為例，台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文，頁 8（2003）。

²⁸ 周心如等，「護理業務糾紛發生原因——以法院案例分析」，護理暨健康照護研究，第 6 卷第 4 期，頁 271-278（1999）。

師在場的監督，使用聽診器聽診算是診斷嗎？然後回護理站打電話給醫師，告知病情，然後由專科護理師書寫處方這樣可以嗎？主要是表達醫療行為的品質，至少這個應該由住院醫師來執行吧²⁹！

案件 2 專科護理師代醫師插管，病人猝死爆糾紛

台北市立聯合醫院日前傳出重大疏失，去年 12 月 2 日上午，四十歲的夏姓病患住進和平院區，由王姓醫師診斷為慢性膽囊炎，三日凌晨大量出血休克，由護理師為患者緊急插管。多位家屬指控，當時沒有醫師在場。家屬質疑，病患住院短短不到 24 小時，大量出血死亡，病患送到醫院，主治醫師只來診治兩次，夜間病情惡化，只有專科護理師執行業務，沒有醫師在場，醫師趕到時已經回天乏術，家屬昨天控訴和平院區草菅人命。台北市衛生局調查結果出來，去年 12 月 2 號下午兩點半到 3 號凌晨三點半，病房並沒有醫師在場，是由專科護理師值班，台北市衛生局長宋晏仁表示，聯合醫院和平院區沒有落實值班的制度，管理出現缺失。將和平院區院長璩大成、護理科主任林月桂、內科主任楊芝菁等三人，免除主管職務³⁰。

案件 3 專科護理師清創縫合傷口

陳小姐投訴，2010 年 8 月 13 日兒子左腳不慎撞傷，傷口約 7 到 8 公分撕裂傷，經送澄清醫院中港分院急診，醫師檢視傷口後就離開，將清除創口、麻醉及縫合程序，丟給護士執行，兒子受傷到澄清醫院中港分院急診，醫院竟讓護理師違法動手麻醉縫合。由於自身曾任職護理人員，得知護士縫合傷口屬違法行為，於是向院方抗議，卻得到院方回應稱「各大醫院都這樣做」。記者查證，院方態度反覆，一開始院長室專員坦承確有其事，經衛生局介入，院方卻又改口否認。台中市衛生局醫政科長邱慧慈指出，護理人員不能執行縫合，由於投訴當事人願出面做證，本案院方涉違反《醫師法》醫療刑責，已依法移送³¹。

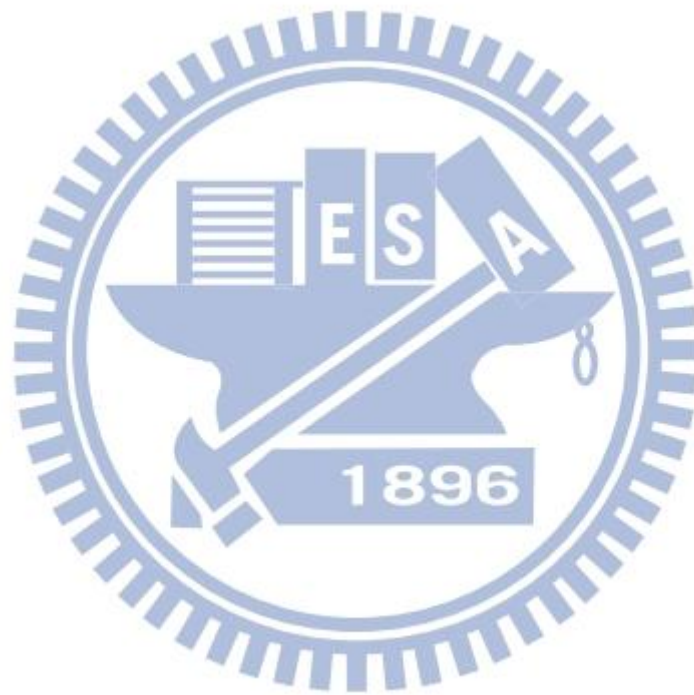
此三件醫療糾紛新聞事件中，當事人均對專科護理師所執行的醫療行為合法性有疑慮，案件一之醫療行為係獨立執行病情資料蒐集與身體檢查評估，案件二則是由專科護理師評估病情危急病人，並給予醫療處置照護，包括緊急插管的急救過程，案件三係醫師診視後，由專科護理師清除傷口、麻醉及縫合之醫療行為。專科護理師是因應醫療照護資源不足而誕生的角色，脫離傳統護理照護，擔負部分原屬住院醫師的工作，由於法律沒有明文規範，各醫療機構專科護理師實際執

²⁹ 節錄自由時報網站讀者園地「爆料投訴」討論區。[爆料]關於台灣專科護理師，自由時報網站，http://iservice.libertytimes.com.tw/inform/complain_a2.php?no=081228027（最後點閱日期：2014 年 5 月 26 日）。

³⁰ 劉榮、林相美，護理師代醫師插管 病人猝死爆糾紛，自由時報網站，<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/110627>（2007 年 1 月 9 日）。

³¹ 扯 醫院竟讓護士縫傷口，蘋果日報網站，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20101008/32869153>（2010 年 10 月 8 日）。

業內容不一，再加上大眾對專科護理師認知信任不足，導致專護醫療行為是否逾越其執業範圍的爭議不斷。上述系爭醫療行為是否屬於台灣法令所容許之工作內容？專科護理師執業範圍，若為補足醫療照護人力便宜行事不當擴張專護業務職權，可能因此危害病人安全。然而過度限縮其執業範圍，將造成醫師負擔過重出走，進而導致醫療照護系統崩解，亦非病人之福，故專科護理師臨床執業範圍屬重大公共議題，攸關醫療照護制度整體發展，實有待法律作明確的界定。



第三章專科護理師醫療執業範圍的法令解釋

醫事人員從事醫療業務，關係全民生命健康重大公共利益，因此法律對於醫事人員的資格與醫療行為，均有嚴格限制與規定。專科護理師取得行政主管機關認證授權之法定醫事人員，其醫療執業範圍理當遵循法令規範。專科護理師執行醫療行為時，何種行為屬其合法業務範圍？何種醫療行為非由醫師親自執行？何種醫療行為容許在醫師指導下或指示下得由其他醫事人員執行？目前在臨床實務上專護所呈現的執業內容與醫師業務多有重疊，法令界定如此模糊不明確，不僅專科護理師本人憂慮違法風險，也同時造成公眾爭議，更進一步可能危及病人安全，因此本文首先要釐清目前台灣對專護執業的法律規範。

3.1 醫療行為與醫療業務的法律意涵

醫療科技發展日新月異，醫療行為的定義亦須與時俱進，了解法律所規範的醫療行為，並區分醫療行為專屬醫師為之或其他醫事人員可獨立執行，是界定專科護理師執業範圍之先決條件。

3.1.1 醫療行為與醫療業務的定義

甚麼樣的行為屬醫療行為，甚麼樣的行為屬醫療業務範圍？過去學者認為醫療行為係指醫師對於病患因疾病或傷害與其他人體損害，基於醫學知識與技能，以回復病患健康為目的，所施行之任何治療、矯正、預防等行為³²。衛生福利部亦有關於醫療行為之解釋：「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³³。」然而，近年來不以診治疾病為目的所為之醫療行為蓬勃發展，上述局限於以診療目的來定義醫療行為的方式受到挑戰，例如人體試驗、美容整形醫學，其行為對人體仍有侵犯性，若排除於醫療行為外，實不足以保障病患安全，故現今學者提出較廣義之醫療行為定義係只要達到改變人體結構或身體機能之行為，不論以診療目的、非診療目的所為之醫療行為或屬醫療常規、實驗性之醫療行為，原則上均涵蓋其中³⁴。

³² 黃翰義，「論醫療行為之特殊性與刑法結構」，律師雜誌，第 298 期，頁 111（2004）。

³³ 行政院衛生署衛署醫字第 0910062996 號函（2002 年 9 月 23 日）。

³⁴ 蔡振修，醫事法律總論，頁 768-69（2003）。

所謂的醫療業務，實務上認定：凡按疾病之檢查診斷與治療，屬於醫療業務之整體連續相關作業。根據衛生福利部 65 年衛署醫字第 107880 號函之解釋，並不限縮於疾病診斷與治療，且不問是主要業務或附屬業務，不論有無收到報酬，凡以醫療行為為職業者，為非特定多數人之醫療行為均屬之。故依據上述定義，專科護理師執行常規醫療照護、協助人體試驗進行及疾病個案管理追蹤等均屬醫療業務範疇。

3.1.2 執行醫療業務主體的正名

誰可以合法執行醫療業務，依醫師法第 28 條規定，執行醫療業務的醫療主體包括醫師、實習醫師與其他醫療人員。“其他醫療人員”按醫療法第 10 條所列舉之藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士及其他領有醫事專門職業證書之人員，上述醫事人員依我國法規在醫囑下或法定執業範圍內等特定情況下，均可執行其專業規範之醫療業務。然而，專科護理師雖然在民國 89 年護理人員法修改後成為法定護理人員，但於現行醫療法中，並未將其納入同法第 10 條醫事人員的稱謂中，似有不足之處。

3.2. 醫療業務行為的分類

傳統上，關於醫療主體所為之醫療行為，就風險高低本質做區別，分為醫療核心行為與醫療輔助行為。醫療核心行為包括診斷、處方、手術、施行麻醉及病歷紀錄五項主要業務，原則上依法應由醫師親自執行，其餘醫療行為得在醫師指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生責任仍由指導醫師負責³⁵。衛生福利部在 90 年 3 月 12 日衛署醫字第 0900017655 號函進一步解釋醫療輔助行為包括範圍如下：

- 輔助施行侵入性治療、處置。
- 輔助各項手術。
- 輔助施行侵入性檢查。
- 輔助分娩。
- 輔助施行放射線檢查、治療。
- 輔助施行化學治療。
- 輔助施行氧氣療法（含吸入療法）、光線療法。
- 輔助藥物之投與。

³⁵ 行政院衛生署衛署醫字第 116053、116054 號函（1976 年 6 月 14 日）。

輔助心理、行為相關治療。
病人生命徵象之監測與評估。
其他經中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為。

而法院實務上也採認醫療業務行為中有關診斷、處方、手術、病歷記載與施行麻醉等為專屬醫師執行之醫療行為，必須醫師親自為之，其餘醫療輔助行為得在醫師診察後，由各醫事人員本其專門職業法規定之業務範圍，依照醫囑執行³⁶。換言之，醫療行為中若非屬前開五項核心業務，得由各醫事人員據其法定執業範圍在醫師指示下輔助執行。前揭醫療業務行為的分類，數十年來已為公眾所熟悉認知，不僅是醫療管理上劃分各醫事人員工作內容的尺規，亦是法院實務上援用以區分醫療行為責任歸屬的準則。

3.3. 專科護理師執業範圍的相關函釋

台灣專科護理師依據護理人員法第 7-1 條第 3 項授權，於台灣護理師分科及甄審辦法第 7 條規定，必須先取得護理師執照後，再完成專護訓練課程並通過甄審合格，才得領有專科護理師證書，故相較於其他護士、護理師等法定護理人員，是進階之法定護理人員。專科護理師的角色任務，在醫界希望專科護理師替補不足的住院醫師人力，護理界則期待專科護理師能擴展護理角色發揮護理功能，惟其執業範圍並無法律明文規定，故業務內容仍與其他護理人員相同，受限於護理人員法第 24 條第 1 項包括 1. 健康問題之護理評估、2. 預防保健之護理措施、3. 護理指導及諮詢與第 2 項 在醫師指示下執行第 1 項第 4 款之醫療輔助行為。然而專科護理師執業範圍除了傳統護理照護外，實務上其主要工作內容，是以同法第 24 條第 2 項為法源依據，在醫師指示下，容許專科護理師協助主治醫師執行傳統上專屬醫師為之的醫療業務。如前文所述，衛生福利部在民國 90 年 3 月對「醫療輔助行為」的函釋，內容幾乎涵蓋所有醫療常規，若以醫療資源不足而便宜行事，依據文義無限制擴張專護執業範圍，容許專護執行上述所有醫療常規，將導致全民生命健康陷於高度風險中。反觀之，若採限縮解釋將專科護理師設限於傳統護理執業方式，將使目前醫療照護系統因人力不足而崩解。因此，為維持醫療照護系統的運作、守護病人安全和全民健康，並回應醫護雙方的期待，衛生福利部於 96 年 5 月以衛署照字第 0962801033 號界定專科護理師的業務範圍，其詳文如下：

1. 住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問。
2. 紀錄住院病人病情及各項檢查、檢驗結果。
3. 處理住院病人及其家屬醫學諮詢及病情說明。

³⁶ 臺灣高雄地方法院 95 年度醫訴字第 5 號判決（2006 年 7 月 25 日）。

4. 在醫囑或醫師指示下，得開立檢驗、檢查申請單，但該檢驗、檢查申請單需註明醫師之姓名及時間，該指示醫師並應於 24 小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立檢驗、檢查單。
5. 在醫囑或醫師指示下，得開立領藥單，但該領藥單上需註明指示醫師之姓名及時間，該指示醫師應於 24 小時內，依醫師法及醫療法之相關規定，親自補開立處方箋。
6. 其他經中央衛生主管機關認定宜由專科護理師執行之醫療輔助行為。

上述執業內容，應在醫院成立專科護理師執業委員會制定行。

按前揭函釋專科護理師執業內容中，住院病人病情詢問與評估，關係著病人的醫療診斷與後續的處置治療；輔助病歷記載檢驗檢查結果；協助開立相關檢驗檢查與藥物處方，這些傳統上歸類為專屬醫師為之的核心醫療行為，已有條件容許交由專科護理師依醫師指示為之。而其執業範圍和醫師指示方式則由在醫療機構內部所成立的專科護理師執業委員會制定後執行³⁷。另外在其他較侵入性、高風險之原本屬醫師執行的醫療處置，依據衛生福利部解釋函，主管機關也同意有條件授權專科護理師，對慢性穩定留有三管(鼻胃管、氣切與尿管)非初次更換的病人，在醫師指示下可獨立執行鼻胃管，不須醫師親自在場³⁸。簡易褥瘡清創與簡易傷口拆線³⁹，亦授權在醫囑下專護獨立執行。在置放各類造瘻管路、皮膚切開引流與傷口縫合目前雖並未授權專科護理師，但已經容許其執行管路拔除的加壓與死亡病人的傷口縫合⁴⁰。

³⁷ 吳憲明，前揭註 8，頁 60。

³⁸ 行政院衛生署醫字第 0970201201 號函(97 年 3 月 5 日)有關放置鼻胃管醫療行為之解釋：

- 將外來物之鼻胃管經由病患鼻腔、咽喉、避開大氣管、深入食道到達患者胃部，以為引流、抽吸或灌食、給藥之行為，屬侵入性治療及處置
- 因鼻胃管初次置入仍有相當程度之危險性，宜由醫師親自為之
- 至鼻胃管全管拔除及需長期鼻胃管留置患者之定期更換，如經醫師診察、判斷後，得可指示護理人員協助之。」

行政院衛生署醫字第 0970206340 號函(97 年 7 月 1 日)更換氣管外管相關解釋：

- 換氣管外管初次更換及拔除或氣切傷口不穩定病人之氣管更換，仍具有相當程度之危險性，應由醫師親自為之，至氣切傷口穩定需長期氣切套管留置患者之定期更換，如經醫師診察、判斷後，得可指示護理人員協助之。

³⁹ 行政院衛生署醫字第 0900043784 號函(2001 年 11 月 16 日)、0930022696(2004 年 8 月 27 日)。

⁴⁰ 行政院衛生署醫字第 0972800485 號函(2008 年 1 月 25 日)置放各類管路及縫合，須醫師必須親自執行之醫療業務：

- 「侵入性醫療行為」，係指醫療行為步驟中，採穿刺(puncture)、皮膚切開術(incision of skin)、將器械、外來物之 PICC(peripheral insert central catheter)、膀胱造瘻管、腎臟造瘻管、手術中置放 SEEP 頭針(頭皮內)置入人體，以為引流、抽吸或給藥等行為
- 又前述管路置入因有相當程度之危險性，宜由醫師親自為之

綜上衛生福利部對專科護理師執業範圍相關法規與行政解釋，限制專科護理師的執業場所乃在醫療機構內，執業對象為住院病人，容許執行之醫療業務行為包括(一)護理師自主性醫療行為：護理問題評估與措施、護理與醫學相關衛教與諮詢、解釋病情、病史收集、病情評估。(二)在醫師指示下之醫療輔助行為：開立檢驗檢查藥物處方單、病歷記錄、三管定期置換、簡易褥瘡清創、簡易傷口拆線。上述擴張之執業範圍，早已跨越傳統專屬醫師執行診斷、處方、手術、病歷記載與施行麻醉之醫療核心行為界限。

3.4.法院對專科護理師執業範圍的裁判

法院實務上有關專科護理師醫療糾紛案例裁判，本文整理民國 84 年 1 月至民國 102 年 6 月間，在司法院法學裁判書系統以關鍵字「無照行醫」、「護理師」和「醫師助理」「業務過失致死」來蒐尋，案件類別設定在刑事訴訟，排除偽造文書、詐欺(詐領健保費)、妨害秘密、牙醫、推拿針灸中醫等情形，總計有 53 件案件，其中護理人員或醫師助理違反醫師法第 28 條爭議的醫療行為有 21 種，就容許何種專業人員執行歸類，分為一般護理人員自主性醫療行為(4 種)、醫師醫療核心行為(10 種)及醫療輔助行為(8 種)三大類：

(一)護理人員自主性醫療行為

- 病人病情變化告知醫師⁴¹
- 協助解釋病情⁴²
- 陰道沖洗⁴³
- 注射處方藥物⁴⁴

(二)醫師醫療核心行為

- 診斷處方⁴⁵
- 心肺復甦術⁴⁶

-
- 傷口縫合為高度專業技術，並具有相當之危險性，係屬手術連續過程之一環，應由醫師親自為之。專科護理師如執行前揭業務，業已逾越其專業人員法律之規定
 - 為死亡病人傷口縫合，非屬執行醫療業務
 - Sheath (Angiography ,cardiac , IAPB) 及 Pig-tail(胸、腹部)等管路拔除，具有相當程度之危險性，宜由醫師親自為之
 - 至管路拔除後之皮膚傷口加壓止血，如經醫師診察、判斷後，可指示專科護理師協助之。」

⁴¹ 參見如臺灣臺北地方法院 98 年度醫訴字第 6 號刑事判決 (2011 年 7 月 7 日)。

⁴² 參見如臺灣彰化地方法院刑事 101 年度聲判字第 11 號刑事判決 (2012 年 6 月 21 日)。

⁴³ 參見如臺灣臺北地方法院 88 年度易字第 2715 號刑事判決 (2000 年 2 月 29 日)。

⁴⁴ 參見如臺灣新北地方法院 94 年度聲判字第 49 號刑事判決 (2005 年 9 月 28 日)；臺灣屏東地方法院 99 年度易字第 919 號刑事判決 (2011 年 9 月 27 日)。

⁴⁵ 參見如臺灣臺中地方法院 98 年度醫上訴字第 2134 號刑事判決 (2010 年 4 月 28 日)。

⁴⁶ 參見如臺灣士林地方法院 90 年度自字第 237 號刑事判決 (2002 年 7 月 9 日)。

- 麻醉備藥⁴⁷
- 病歷記載⁴⁸
- 判讀 X 光⁴⁹
- 傷口縫合⁵⁰
- 脈衝光治療⁵¹
- 小針美容⁵²
- 雷射除毛⁵³
- 穴位埋線⁵⁴

(三)醫療輔助行為

- 洗腸⁵⁵
- 電燒⁵⁶
- 鼻胃管置換⁵⁷
- 氣管外管置換⁵⁸
- 開單檢驗⁵⁹
- 傷口拆線⁶⁰
- 硬脊膜外自體血液修補⁶¹
- 病歷記載⁶²

在法院裁判的案件中，系爭病歷記載之醫療行為在較早期民國 89 年板橋地院判決為專屬醫師執行，其他醫事人員記載病歷係違反醫師法第 28 條該當非醫師擅自執行醫療業務。相反地，在近期民國 98 年台灣高等法院判決容許醫師助理協助醫師作病歷紀錄，因時間不同，實務需求不同，法院有不同的裁判。在法院裁判整理出 21 種受爭議醫療行為中，法院在裁量系爭醫療行為是否專屬醫師為之的標

⁴⁷ 參見如臺灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號刑事判決（2002 年 4 月 4 日）。

⁴⁸ 參見如臺灣板橋地方法院 89 年度易字第 2406 號刑事判決（2001 年 12 月 13 日）。

⁴⁹ 參見如臺灣高雄地方法院 99 年度醫訴字第 6 號刑事判決（2010 年 12 月 8 日）。

⁵⁰ 參見如臺灣桃園地方法院 97 年度簡上第 6 號刑事判決（2008 年 4 月 25 日）。

⁵¹ 參見如臺灣高雄地方法院 98 年度醫訴字第 1 號刑事判決（98 年 8 月 26 日）。

⁵² 參見如臺灣新北地方法院 101 年度訴字第 2508 號刑事判決（2013 年 4 月 30 日）。

⁵³ 參見如臺灣臺北地方法院 101 年度醫簡字第 4 號刑事判決（2012 年 7 月 26 日）；臺灣桃園地方法院 101 年度訴字第 828 號刑事判決（2013 年 1 月 29 日）。

⁵⁴ 參見如臺灣臺北地方法院 101 年度醫訴字第 7 號刑事判決（2013 年 3 月 21 日）。

⁵⁵ 參見如臺灣臺北地方法院 94 年度醫訴字第 8 號刑事判決（2006 年 7 月 28 日）。

⁵⁶ 前揭註 43。

⁵⁷ 參見如臺灣高雄地方法院刑事 95 年度醫訴字第 5 號判決（2006 年 7 月 25 日）。

⁵⁸ 參見如臺灣臺中地方法院刑事 96 年度醫訴字第 7 號判決（2008 年 9 月 2 日）。

⁵⁹ 參見如臺灣板橋地方法院刑事 93 年度簡字第 2202 號判決（2005 年 2 月 21 日）。

⁶⁰ 參見如前揭註 50。

⁶¹ 參見如臺灣彰化地方法院刑事 94 年度訴字第 1674 號判決（2007 年 6 月 7 日）。

⁶² 參見如臺灣高等法院刑事 98 年醫上訴第 7 號判決（2009 年 10 月 27 日）。

準，均遵循衛生福利部的行政解釋函意旨，法官或檢察官並未做不同的認定。依前 21 種受爭議醫療行為中之 9 種⁶³，係案件發生後，法院去函衛生福利部請求補充說明，在爭議發生前並沒有相關法令解釋，故行政院衛生福利部解釋函成為非醫師之醫事人員執行醫療業務是否違反醫師法第 28 條的重要裁量標準。在法院裁決由專科護理師在醫師指示下執行之 8 種醫療輔助行為中，傳統上原本均歸類屬醫師醫療核心行為，故法院實務上也已經容許擴張的專科護理師執業範圍。

綜上所述，專科護理師執業範圍的法源主要本於護理人員法第 24 條，而由同條第 2 項在醫師指示下容許護理師執行醫療輔助行為，作為專科護理師協助主治醫師執行原本專屬醫師之醫療業務的法律依據。再進一步由行政主管機關衛生福利部以行政函釋補充說明專護的執業範圍，法院對於是否無合法醫師資格擅自執行醫療業務而違反醫師法第 28 條的判定，也是以衛生福利部解釋函為主要裁量標準，無論行政主管機關或是法院均已擴張解釋專科護理師執業範圍。



⁶³ 參見如前揭註 42、43、47、50、53、54、57、58、61。

第四章專科護理師執業範圍法規爭議

專科護理師為因應實際醫療照護需求，替補住院醫師不足之人力，致所執行的醫療業務不但日益複雜且已介入原本專屬醫師執行的醫療行為，然而對其執業界限尚未有法令明文規定，僅以護理人員法第 24 條第 2 項作為法源基礎，容許專科護理師在醫師指示下執行醫療輔助行為，再就行政主管機關衛生福利部以行政解釋補充說明醫療輔助行為的範圍。當醫療糾紛發生時，法院據以裁判的標準係被動遵循行政主管機關就個案所做的行政解釋。蓋訂定法律限制專科護理師執業，干預了專業人員之工作權，其目的乃為保障公共健康生命安全更重大的法益，惟在此法律架構規範下，本文認為可能產生以下爭議：

4.1 專科護理師執業範圍法令解釋違反法律明確性原則

依據護理人員法第 2 條、第 7-1 條規定，將護理從業人員分為護士、護理師、專科護理師三種，而護理業務則統一明訂於同法第 24 條，三種不同職稱之護理人員業務，在法律上並無區分，然而專科護理師除了執行傳統護理問題評估與照護外，相較於其他兩種護理人員，工作內容主要不同的是在協助主治醫師執行原本屬於醫師為之的醫療行為，其法源乃依據同條第 2 項容許護理師在醫師指示下執行第 1 項第 4 款醫療輔助行為。何者屬於專科護理師可執行的醫療輔助行為，衛生福利部為因應醫療照護實務需求，在 96 年 5 月衛署照字第 0962801033 號解釋函中對專科護理師的業務範圍加以闡釋，解釋函中有條件容許專科護理師介入醫療評估診斷、病歷記錄、開立檢驗、檢查以及開立處方單等原本專屬醫師執行之醫療核心行為，此即目前各醫療院所對其機構內專科護理師訂定執業內容主要標準。就此行政解釋法源而論，行政院衛生福利部依照醫護理人員法第 7 之 1 條第 3 項規定，於 93 年 10 月 27 日進一步公布專科護理師分科及甄審辦法，雖就專科護理師之分科、甄審、證書發給及延展均有明文規定，但其中並未授權明訂專科護理師的執業範圍，故衛生福利部有關專護執業範圍之函釋，是否有逾越母法，違反法律明確性之虞？！

4.1.1 法律明確性原則的意涵

法律明確性原則係指法律應有預見可能性、衡量可能性、可信賴性與審查可能性，即法律規範的構成要件與法律效果需明白清楚，不僅讓規範對象得以理解或可能理解，使其能預見自己的行為可能受到的懲罰，更能提供司法機關有明確

標準足以判斷，以維護法的安定性。退一步而言，即使因為法律文字有限而生活事實多變複雜，為避免僵化的文字限制醫療技術之發展或造成防疫漏洞，醫療高度專業性之法律條文使用不確定法律概念為必要之惡，立法內容也必須符合法律明確性。然而並非法令文字明顯易懂，始符合法律明確性，蓋醫療科技進步日新月異，有鑑於如醫療、財經及新興科技等事務屬高度專業領域且具有無法預知的空間，在醫藥相關法規修訂時，常援用不確定法律概念立法方式，因立法者對於法律所欲規範生活事實之複雜性高與未來性強，基於法律文字的局限性，立法者無法鉅細靡遺或太過僵化地規定某些事項，需透過委諸行政機關或法官具體化方式達到規範目的，換言之，行政主管機關衛生福利部為適用不確定法律概念時，往往需要訂定許多函釋或行政規則予以補充，是以大法官釋字第 432 號提出法律明確性認定標準：「專門職業人員違背其職業上應遵守之義務，而依法受懲戒處分者，對於該處分之構成要件，立法者衡酌法律所規範生活事實之複雜性及適用個案之妥當性，使用不確定概念或概括條款而為相應之規定者，苟其意義非難以理解，且為受規範者所能預見其何種作為或不作為構成義務之違反及所應受之懲戒，並可由司法審查加以確認，即不能謂與法律明確性原則相違。」而歸納大法官 545 號、524 號、432 號等多號解釋，對於法律明確性原則有三要件(1)意義非難以理解(2)受規範者可得預見(3)可經由司法審查加以確認⁶⁴。

4.1.2 專科護理師執業範圍行政解釋違反法律保留原則

法律明確程度因法律保留層級不同而有所區別，基本上，法律明確性之要求乃隨著法益受侵害的嚴重程度而遞增，被審查的法律越是嚴重侵害基本權其明確性要求越嚴格，法律保留的層級也越高。按司法院大法官釋字第 443 號解釋理由書揭示：「諸如剝奪人民生命或限制人民身體自由者，必須遵守罪刑法定主義，以制定法律之方式為之，涉及人民其他自由權利之限制者，亦應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令補充規定時，期授權應符合具體明確原則；若僅屬於執行法律之細節性、技術性次要事項，得由主管機關發布命令為必要之規範，雖因而對人民產生不便或輕微影響，尚非憲法所不許，但倘涉及公共利益之重大事項者，仍應有法律或法律授權之命令為依據之必要。」此即層級化法律保留體系。司法院大法官釋字第 522 號進一步解釋授權明確程度：立法機關得以委任立法之方式，授權行政機關發布命令，以為法律之補充，雖為憲法之所許，為其授權之目的內容及範圍應具體明確，始符合憲法第 23 條之意旨。至於授權條款之明確程度，則應與授權所訂定之法規對人民權利之影響相稱。而何者應以法律直接規範或得委由行政機關命令予以規定與所謂規範密度有關，應視規範對象、內容或

⁶⁴ 王服清等，「不確定法律概念與法律明確性原則之解析——以醫藥法下的醫療業務行為為中心」醫事法學，第 17 卷第 1 期，頁 61（2010）。

法益本身及其所受限制之輕重而容許合理之差異。王服清教授彙整大法官解釋認為審查法律明確程度建議可考量以下四點：(1)法律規範保留密度的疏密程度(2)受規範對象的特性(3)對於受規範者基本權的干預程度(4)現實生活中受規範事實的複雜性、專業性⁶⁵。

專科護理師執業範圍的法源，來自護理人員法第 24 條，而同條第 1 項第 4 款「醫療輔助行為」援用描述性不確定法律概念，藉由衛生福利部 90 年 3 月 12 日衛署醫字第 0900017655 號函對醫療輔助行為作進一步定義，爾後因應醫療照護系統運作所需，衛生福利部再於 96 年 6 月以衛署照字第 0962801033 號界定專科護理師的業務範圍。在醫藥衛生法規常使用不確定法律概念的立法方式，無法用有限的法律文字來規範高度專業複雜與未來性的事實，若能符合亦亦非難理解，受規範者可預見與可由司法審查以確認的三要件，則與法律明確性原則尚無不合。而前述「醫療輔助行為」就文義與立法說明無法得知其具體適用範圍，無法由醫療衛生法規體系推理明瞭關聯性；而行政解釋不易查詢、容易更改，可能讓受規範者不易預見；參考前文所提及之法律明確程度審核標準，就受規範對象的特性與受規範事實的複雜性與專業性而言，專科護理師為進階專門技術人員，雖說其醫療業務行為具高度專業，受規範事實複雜性較高，而就對受規範者基本權之干擾，專護執業範圍規定不僅攸關專科護理師憲法保障的工作權，其工作內容更與公眾健康與生命權密不可分，屬重大公共利益，並非僅屬於執行法律之細節性、技術性次要事項，衛生福利部對專護執業範圍的相關函釋，沒有法律授權，逕由主管機關為必要的規範，不免有超越護理人員法母法，違反法律保留原則，亦無法通過法律明確性三要件之檢視。

4.1.3.專科護理師執業範圍行政解釋法律化

就法院裁量標準明確性而言，法院在個案審理時，即使內容及範圍具有某種程度之不確定性或概括性，個案事實是否屬該規定所欲規範的對象，仍可經由司法程序依照社會客觀價值、職業倫理等，按具體情況加以認定判斷，並不受行政解釋之拘束。然而事事均要求司法獨立判斷審核，隨著科技進步發展與行政業務複雜化，實務上有其困難，特別是屬於高度專業化醫藥、環保及經濟等領域，行政機關對於不確定法律概念自必運用法律解釋方式加以分析理解，除非行政機關明顯有悖於經驗法則，或其判斷所使用明顯不正確工具或方法，否則法院應先予以尊重。司法審查則以形式合法性審查為限，並不就行政機關判斷之妥適性進行審查。在前文法院裁判整理中，對專護違反醫師法第 28 條前段系爭醫療行為的裁量標準，21 種醫療行為均遵循行政主管機關衛生福利部函釋，並未另作判斷，其

⁶⁵ 王服清等，同前註。

中有 9 種醫療行為更是在爭議發生後，法院發函衛生福利部才針對個案做出解釋，雖說立法者在法律上使用「不確定法律概念」，輔以行政機關的個案解釋，才能因應快速變化的醫療科技，法官亦非此領域學有專精之人，遵循主管機關解釋可視為尊重行政機關「判斷餘地」，惟專護執業範圍法令僅規定在醫師指示下執行醫療輔助行為，如此之立法內容太過廣泛空洞，爭議出現時才採事後補充說明的方式，從法安定性看，恐讓人民無從預見何種行為可能觸法；從三權分立與法律優越而言，行政行為應受到法的約束，行政解釋法律化，讓人有司法怠惰的觀感；從法律保留而言，將是否違法的法律構成要件，完全交由行政及司法承擔，無法符合法律明確性原則⁶⁶。

4.1.4 專科護理師執業範圍行政解釋無法律效力

就法律效力而言，行政機關對於不確定法律概念之解釋，常以釋示或函釋、函釋將不確定法律概念具體化，此等行政解釋性法律效力又是如何，有關專科護理師執業範圍，法律既未明文規定，亦未授權行政主管機關發布命令以為具體規定，依行政程序法第 150 條第 1 項之意旨，則不合法規命令之制頒，有逾越法律授權之範圍，對外不能發生法律效力。即使採認專科護理師執業範圍函釋係解釋性行政規則，按司法院大法官會議解釋第 216 號，對於機關內部的拘束力，適用之結果進而間接產生外部對於人民的拘束效力，然而專護執業相關函釋並不符合行政程序法第 160 條解釋性行政規則需要下達下級機關，首長簽署與公示程序。若退一步將衛生福利部以上述相關函釋視為行政機關為達一定行政目的，係以「行政指導」的方式，列舉經醫護雙方協商共識之專科護理師執業項目，依行政程序法第 165、166 條規定意旨，所謂行政指導係以輔導建議不具強制力之手段，促請特定人為一定作為或不作為，相對人拒絕指導，行政機關並不能據此對相對人為不利之處分，對受規範之人並未具強制力。故僅以衛生福利部解釋函來界定專科護理師執業範圍，行政機關解釋多如牛毛不易查詢，人民或醫療從業人員難有預見之可能性，且此類行政解釋僅有內部約束力，而非對外效果，不僅違反法律明確性原則的，更沒有足夠法律效力以約束，恐形同具文。

綜上所述，專科護理師以護理人員法第 24 條為其執業法源依據，再由主管機關衛生福利部以行政解釋補充說明，法院在個案審理時，對於系爭醫療行為是否違反醫師法第 28 條前段規定非合格醫師不能執行醫療業務，也依循衛福部行政解釋為主要裁量標準，甚而有爭議發生後再針對個案補充說明，不僅文義非一般人能理解，受規範者無法預知，影響法之安定性，也有司法權委託行政機關來行使的疑慮。更何況專科護理師執業範圍關係全民生命健康，屬重大公共利益，沒有

⁶⁶ 李英毅，「法律明確性原則」，法政學報，第 11 期，頁 175-176（2000）。

立法明確授權，任由司法與行政決定人民作為或不作為之職業義務，係違反法律保留，故台灣目前對專科護理師執業範圍的法令解釋違反法律明確性，且如行政指導地位之行政解釋對外缺乏法律效力，可能無法有效拘束受規範者行為。

4.1.5 刑法論處專科護理師業務過失無法有效遏止逾越執業範圍

醫療業務分工專業化，醫療行為已被視為多數人共同完成的活動，共同醫療行為下，病人在醫療過程中之因為過失導致傷害或死亡，專科護理師可能因其執行醫療業務行為逾越執業範圍違反法律義務，醫師援用醫療人員間信賴原則，而使專科護理師需擔當以業務過失傷害或致死之主要刑事法律責任。然而容許專科護理師執行之醫療業務行為相關法令界定並不明確，受規範者無法預見何種作為與不作為可能違反法律義務，而醫療機構與行政主管機關又已擴張其執業範圍，如是未能明確劃分權責者，且專護業務分工擔任之能力經驗是否足以擔當擴張的執業範圍仍有疑慮適任，實不能適用信賴原則。更何況目前專科護理師多為醫療機構雇員，醫療機構主管授權，且在醫師指示下方能執行醫療輔助行為，缺乏獨立性，該醫療業務行為是否違反職業義務而致病人傷害或死亡，應放寬認定。且以刑事法律論處專科護理師，並不能有效遏止醫療機構主管或醫師恣意指示，而醫師本應知專科護理師短期實務導向訓練不足擔當擴張之執業範圍，故本文認為在專科護理師依其指示執行醫療業務行為導致醫療糾紛，醫療機構主管與醫師應負主要法律責任，方可避免醫師或醫療機構便宜行事，不當擴張專科護理師執業範圍，以確保病人安全。

4.2. 醫療業務行為界定不合時宜

依據公眾認知與法界裁判，對醫療業務行為傳統上以醫療核心行為與醫療輔助行為來分類判定是否需要醫師親自為之，即醫療行為中診斷、處方、手術、麻醉與病歷紀錄五項業務屬醫療之核心，需要醫師親自執行，其餘醫療行為則得由輔助人員依醫師指示下執行，據此劃分醫療人員的執業範圍與法律責任，如此傳統的界定實不適用於快速發展的醫療技術與蛻變中的醫療照護系統。

新興醫療產業科技多樣且進展日新月異，除前述核心醫療行為外，尚有侵入性儀器監測與檢查、非以醫療為目的之醫學美容與人體試驗等，其風險並不亞於醫療核心行為，但若依前述分類標準，將其歸屬於輔助行為，得由非醫師之輔助人員為之，是否足以保障病人安全，不無疑義。相反地，若以醫療照護系統人力資源利用效能而言，現今醫學進展快速且日趨專精，各醫事人員知識技術大幅提升，在專業分工的國際趨勢下，若仍依據公眾認知或醫療常規，將屬五大醫療核

心行為嚴格限制需醫師親自執行，不得由輔助人員為之，漠視其他醫事人員專業能力實足以適任原專屬醫師的醫療行為，如此規定之效果僅彰顯醫師對於醫療業務的獨占性，對醫師人力短缺與醫療資源限縮的台灣醫療照護現況，不容許其他醫事人員依其專業能力獨立執行醫療業務，實是一大浪費。執業範圍的擴張改變並沒有排他性，不是誰執行誰就不能執行，而是各醫療人員有重疊的業務範圍。如此不僅能節省醫療成本，讓人力資源作最有效率的應用，大家只要有能力都可執行相同醫療業務，更可以進一步減少其他醫療人員的阻力，讓醫療專業人員互相監督，保護病人安全，提升醫療品質⁶⁷。

同樣地，衛生福利部解釋專科護理師執業範圍依法也受限於在醫師指示下之傳統醫療輔助行為，惟專科護理師受有比註冊護理師更高階的專業訓練，並通過專科護理師甄審考試取得行政主管機關認證合格，在專業能力上實高於一般註冊護理師；在醫療實務上其醫療業務範圍早已擴張，與過去一般認知的醫師執行醫療核心行為多有重疊。

在現有法令規定上，根據衛生福利部歷年來對專科護理師業務範圍解釋，主管機關已容許專科護理師有條件跨越核心醫療行為非醫師親自為之不可的界線，而且法院裁判也准許專科護理師有條件執行部分專屬醫師親自執行的醫療核心行為，例如在病歷紀錄與診斷書書寫上，專科護理師於病歷加註「輔助紀錄人 OOO」後，可以輔助記錄人身分詳實代筆。護理人員僅依醫師指示，協助書寫診斷處方出院用藥及出院診斷書等工作，而未涉及執行醫療業務，尚不構成違反醫療法第 58 條及醫師法第 28 條之規定等⁶⁸。依照台灣高等法院 98 年醫上訴第 7 號判決，法院認可醫師助理記載病歷，但醫師對其記載應負全責，可視為專屬醫師之病歷紀錄核心行為的部分開放。病患在緊急用藥需求下，專科護理師依照醫師口頭處方，先開立處方領藥單，事後醫師再親自補具之處方箋上簽名蓋章，可視為專科護理師協助開立處方的允許⁶⁹。另外在其他較侵入性醫療輔助行為，主管機關也同意有條件授權專科護理師，而法院在相關醫療糾紛案例的裁判上也採相同認定，對穩

⁶⁷ Barbara J. Safriet., *Closing the Gap Between Can and May in Health-Care Providers' Scopes of Practice: A Primer for Policymakers*, 19 YALE J. ON REG. 301, 326-27 (2002).

⁶⁸ 行政院衛生署醫字第 0940025980 號函（2005 年 7 月 26 日）、第 0972800522 號函（2008 年 2 月 20 日）。

⁶⁹ 行政院衛生署照字第 0972801020 號函（97 年 4 月 17 日）：「

- 醫師親自執行醫療業務後之口頭處方指示，由專科護理師代筆詳實記載，所開立之領藥單，性質係為記載醫師之口頭處方，以供藥師調劑，目的在於病患緊急用藥時之權宜措施，為醫療作業實務所需；
- 事後該指示醫師仍應依前揭醫師法及醫療法之相關規定，對於前揭口頭處方親自補具處方箋。
- 藥師受理醫師口頭處方性質之領藥單從事調劑業務，續依藥師法第 18 條規定，於醫師親自補具之處方箋上簽名蓋章，尚無抵觸藥師法相關規定。

定、非初次置換、長期留有三管(鼻胃管、氣管外管與尿管)的病人，專科護理師在醫師指示下可獨立執行鼻胃管，不須醫師親自在場⁷⁰。依據台中地方法院 96 年醫訴第 7 號判決，“『換氣管外管』之醫療輔助行為，係屬侵入性之治療、處置，惟氣管外管初次更換及拔除，或氣切傷口不穩定病人之氣管更換，仍具有相當程度之危險性，應由醫師親自為之。至於氣切傷口穩定需長期氣切套管留置病人之定期更換，如經醫師診察、判斷後，得以指示護理人員協助為之。...而該『指示』，可由醫師視工作狀況，自行斟酌指示方式，尚不以在場為要件...」。另高雄地方法院 95 年醫訴第 5 號判決書中提及，“醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載及施行麻醉等醫療行為，係屬醫療業務之核心，應由醫師親自為之，其餘醫療輔助行為得在醫師就特定病人診察後，由各該醫事人員本其專門職業法規所規定之業務，依醫師法第 28 條但書之規定意旨，依照醫囑執行之，不限於醫師親自在場指示或目視所及範圍以內；又將屬於外來物之鼻胃管經由病患鼻腔、咽喉、避開大氣管、深入食道到達患者胃部，以為引流、抽吸或灌食、給藥之行為，屬侵入性治療及處置，而輔助施行侵入性治療及處置，係屬護理人員法第 24 條第 1 項第 4 款所稱之醫療輔助行為。”係法院容許專科護理師獨立執行鼻胃管置換。在傷口處理上，桃園地方法院 97 年簡上第 6 號判決，為病人縫合傷口為高度醫療專業技術，並有相當程度之危險性，係屬手術連續過程之一環，應由醫師親自為之，手術後之拆除縫線，因仍有相當程度之危險，宜由醫師親自為之，但簡易傷口之拆線，如經醫師診察，判斷傷口情形癒合良好，則可指示護理人員為之。」。另專科護理師亦可獨立執行管路拔除後之皮膚傷口加壓止血⁷¹。在麻醉方面，腰椎固定部位注射藥物，注射過程中未涉及擷取部位之醫療判斷，在醫療機構受過麻醉專業訓練之護理人員得依其專門職業法律之規定，在醫師指導下，依醫囑操作執行⁷²。彰化地方法院 94 年訴第 1674 號判決，本案護理人員如係依據醫師醫囑之麻醉方式及麻醉藥劑量而施行麻醉打針行為，暨執行操作簡單、固定注射部位且著重注射技術層面之硬脊膜外自體血液修補術之打針行為，應無違反醫師法第 28 條之規定明確。

綜上所論，專科護理師訓練與認證均高於一般註冊護士，專業能力已大幅提升，主要常規工作為輔助主治醫師執行多種侵入性醫療處置，主管機關解釋或法院裁判上，授權予學有專精的專科護理師輔助執行原屬住院醫師之醫療業務。因此傳統上以診斷、處方、手術、施行麻醉及病歷紀錄的五項醫療核心行為作為專屬醫師執行的界定已被限縮解釋，在法界與醫界已經容許專護執業範圍擴張介入傳統醫療核心行為。

⁷⁰ 行政院衛生署衛署醫字第 0970201201 號函，前揭註 38。

⁷¹ 行政院衛生署衛署醫字第 0972800485 號函，前揭註 40：「置放各類管路及縫合，須醫師必須親自執行之醫療業務。」

⁷² 行政衛生署衛署醫字第 0940063326 號函（2005 年 12 月 13 日）。

4.3.親自診療與醫師指示合法性之衝突

界定專科護理師執業範圍，法理上屬護理人員法第 24 條第 1 項第 4 款醫療輔助行為之內涵，因此專科護理師執行業務既屬於醫療輔助行為，則需要在醫師指示下，方符合同法第 24 條第 2 項之規定。由醫師法規來看，按醫師法第 28 條前段文中「擅自執行醫療業務」係指未具合法醫師資格，執行醫療業務者，或在醫師指示下，將原專屬醫師親自執行之醫療行為，由非醫師之輔助人員執行者，而專科護理師之執業內容與醫師常規醫療行為多有重疊，可能符合前開條文違法構成要件，而該當無合法醫師資格，擅自執行醫療業務的密醫罪。反面觀之，依醫師法同條但書規定，醫院診所等醫療機構所屬之其他醫事人員、助產人員與護理人員，在醫師指導下執行之醫療行為，不視為擅自執行醫療業務。換言之，若專科護理師於醫療機構內，在主治醫師指示下執行醫療輔助行為，並無違反醫師法第 28 條擅自執行醫療業務之罪。

目前台灣醫療照護系統主要仰賴專科護理師與醫師共同提供醫療照護，專科護理師參與病患的診療並實施侵入性醫療處置，雖已擴張打破傳統專屬醫師親自執行核心醫療行為的藩籬，但依法仍有賴在醫師指示下，方可執行主管機關所容許之醫療常規工作。甚麼是合法的醫師指示？是否根據醫囑即屬於法有據？醫師是否須親自在場？依照醫師法第 11 條第 1 項賦予醫師親自診療的義務，按規定除於山地、離島、偏僻地區或有特殊急迫情形外，醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。要求醫師親自診療之目的，原本在於強制醫師親自到場，不得單憑他人的報告評斷，以避免醫師對病人病情誤判，導致錯誤治療或延宕正確治療時機。是以衛生福利部在 67 年 8 月解釋函中表示：「醫師非親自診察，無從瞭解疾病的成因、病狀、及治療之方法，故如病患自訴有合格執業醫師開的針劑向醫師請求代為注射，醫師不得為之⁷³。」而醫師法第 11 條第 1 項但書透過條文反面解釋，在非偏遠或離島地區，或是在非緊急情況，以通訊方式進行診察係違法的行為，若未親自診斷，開立處方箋，而致病人死傷之結果，醫師應負賠償責任，藉此以拘束醫師親自診療病人，保障病人安全。

雖然醫師法第 11 條第 1 項立法理由本於良善，但並無法適用現行醫療照護系統運作，一個醫療行為的完成，本多是藉由醫師指示或指導，透過醫療輔助人如護理師、藥師與醫檢師等分工合作共同參與來進行。更何況一位醫師需要照護多名住院病患，同時又需執行門診、開刀、特殊檢查等醫療業務，還要作研究、參加學術研討會等各種會議，主治醫師並非時刻均能親自照護負責之病人。醫界的

⁷³ 行政院衛生署醫字第 200922 號函（1978 年 8 月 2 日）。

慣例，對於住院病人，基於團隊合作的性質，有時會有未到現場診察病人，而透過其他現場醫護人員的協助，以遠距通訊(電話、電腦傳輸訊息)討論病情並進行指示。若醫師因看診或開刀等情形，無法分身及時到達現場，病人病情變化，由現場負責之專科護理師初步評估後，以電話或其他遠距通訊報告主治醫師，專護再依據通訊醫囑進一步處置，實屬不得不之變通照護模式。然而人命關天，急性住院病人病情瞬息萬變，主治醫師並無難以到場的特殊情形下，僅由電話連絡就指示治療，這種在同一機構內醫師無法當面看診而由專科護理師先行診察，如是之醫界常規行為，可能無法符合醫師法第 11 條第 1 項但書所稱之急迫或特殊情形。因此，醫界此種電話醫囑慣例是否合法時有爭議，但若對醫師親自診察義務採取「形式診療」嚴格解釋，不論病情如何，無論先前是否曾對同一病人就同一症狀進行診斷，只要住院病人有任何問題，醫師都不可依照先前診斷直接指示其他醫護人員執行相關醫療處置，每次都要醫師親自到場診療，對於內、外、婦、兒及急診科醫師人力短缺的五大科，實是不可能的任務，而在健保財務緊縮下，營運已經相當困難的醫療機構，無疑是雪上加霜，如何兼顧病人安全與醫療照護系統順利運作實是兩難。

4.4. 專科護理師執業能力落差

要成為大眾公認之專業領域，並享有專業人士之頭銜，一般需先取得該領域學有專精人士共識來設定專業能力標準，專業能力標準代表此一領域之人所需具備的基本知識技能與足以負擔之工作內容，不僅是法律訂定執業範圍之尺規，也是設定此領域教育訓練目標所援用之準則。個人再經由知識傳遞教育系統之完備與臨床實務訓練經驗的累積，建立起其應具備之專業能力，於法律規範下，透過甄審考試以客觀條件向公眾證明其專業能力。台灣醫療照護現況，專科護理師執業範圍不再局限於傳統的護理照護，擴張介入醫療診斷治療相關業務，專科護理師執業範圍的界定取決於法令規範與專業能力，就法令而論，主管機關行政解釋或法院裁判已有條件容許專科護理師執行原本專屬醫師執行的醫療行為，然而台灣專科護理師執業能力標準不一致，是否每一位專科護理師均足以擔當擴張之業務內容，仍備受質疑。

4.4.1 專科護理師專業能力標準不一

專業能力標準是建立專業領域與執業範圍的基石，有了明確一致的專業能力標準，不僅能據以訂定教育訓練目標，更是專業證照的甄審依據與法令科以義務規定的裁量準則。在台灣專科護理師制度還在起始階段，對此角色的期待，在醫療機構內部還相當分歧。根據前文歷史發展軌跡分析，早期護理界成立專科護理

師制度，其立意希望提升護理專業能力，提供專科化的護理照護。另一方面因台灣法規不容許醫療機構設置醫師助理執行醫療業務，故後續發展至今，現有的專科護理師則多半由醫師助理轉任，當時設定任務內容即是以協助主治醫師執行醫療業務為主。護理界與醫界對專科護理師的角色期待有明顯差異，醫師視專科護理師為醫師助手，協助照護急性機構內住院病人，獨立評估病情作初步判斷，並在醫師監督下執行相關醫療照護醫囑；護理界則認為專科護理師乃運用護理模式，不僅執行部分傳統界定屬醫師為之的醫療輔助行為，更應運用其護理背景，具備提供病人病程照護、健康諮詢、護理衛教等專業能力，醫護之間是合作關係，而不是上對下的監督關係，雙方爭論至今，各界尚未對專科護理師的功能與定位建立共識，對於專科護理師基礎能力需求更沒有全國統一之標準。

4.4.2 專科護理師訓練認證與國際標準之差異

專科護理師的甄審專業證照考試制度，是對一專業領域內應具備之最低執業能力標準，其目的在為大眾身體健康生命安全作把關。在醫界、護理界、官方與公眾各方對專科護理師的專業能力角色定位缺乏共識下，訓練甄審的方向面臨各界的質疑。依據本國專科護理師分科及甄審辦法的第7條第1項第1款其甄審資格，在台灣通常是專科以上畢業者取得註冊護理師執照(RN)，有三年內(外)科工作經驗，完成專科護理師訓練，即可參與國家執照考試，依同法第4條訓練場所係中央主管機關認定公告之醫院，第6條專科護理師甄審科目兩大部分，專科護理通論：含專科護理師角色與職責、護理倫理與醫事法規、健康促進品質管理。進階專科護理：含進階藥理學、進階生理病理學、進階健康評估、健康問題診斷與處置。

美國最早的專科護理師培訓課程，係在1965年科羅拉多大學護理學院 Loretta Ford 教授與小兒科醫學教授 Henry Silver，為了解決科羅拉多州偏遠地區醫療照護資源缺乏，特別為已具有實務經驗的護理人員，設計強化病理病因學與藥物學知識的一年培訓課程，與我國現有的訓練課程模式類似。在早期，美國各州未規定接受此項為期一年專護訓練的進階護理師是否應具備學士或碩士學位，但在1975年聯邦政府衛生教育人類服務部門(US Department of Health Education and Human Services, US DHEHS)為了確保專護所提供的照護品質，乃要求專科護理師的培訓課程若要得到政府補助，至少要有一年的時間是在教育機構進行，藉此使所有專科護理師培訓課程漸漸轉移到學校，進而在1985年後，美國專科護理師的培訓制度都在護理教育機構之碩士學位班，接受一年半至兩年時間的正規教育。美國專科護理師學會(American Academy of Nurse Practice, AANP)更規畫，將於2015年

起，提升專科護理師教育程度需取得博士學位(Doctor of Nurse Practice, DNP)⁷⁴。

即使英國在發展專科護理師制度上並未有全國統一的目標或藍圖，對專科護理師這個職稱尚未法令化也未建立起執業登記制度，但是早在 1995 年開始英國大學即配合負責審核英國全國護理教育學程(nursing programs)的皇家護理學會(Royal College of Nursing, RCN)的評鑑，將專科護理師的教育與訓練課程納入大學教育的一環，在 2008 年皇家護理學會(Royal College of Nursing, RCN)更進一步建議專科護理師應以碩士學位為最低標準(RCN)。雖然官方機構護理師與助產士管理委員會(Nursing and Midwifery Council)並沒有法律明文規定專科護理師學歷標準，至少於 2009 年英國國民保健服務處(National Health Service,NHS)公布，自 2013 年起，凡被聘雇於 NHS 體系服務的註冊護理師(RN)，都必須具有大學學士以上學歷⁷⁵。

台灣專科護理師甄審資格，只要具有一般護理師執照，在內(外)科工作至少三年，完成專科護理師訓練，即符合甄審資格。不如英、美等國學士或碩士學位的最低標準，而訓練場所與甄審科目，也比較像美國早期與醫院合作訓練護理人員的模式，並沒有如上述英、美兩國完整長期的學校學程設計。如此以實務導向的短期課程訓練，相較國際間有明顯落差，專科護理師的醫療照護能力與經驗是否足以擔當現有容許之醫療業務範圍，實難以取得公眾信任。

⁷⁴ Barbera M. Wall, Julie C. Novak & Sharon A. Wilkerson SA. *Doctor of Nursing Practice Program Development: Reengineering Health Care*, 44 J. NURSING EDUC. 396, 397-400 (2005); Sandra R. Edwardson *Doctor of Philosophy and Doctor of Nursing Practice as Complementary Degrees*, 26 J. PROF. NURSING 137, 137-140 (2010).

⁷⁵ Morgan, *supra* note 16。

第五章專科護理師法規修法方向

美國是專科護理師制度建立的先驅，因為醫師人力不足、醫療資源限縮應運而生，台灣專科護理師制度的出現雖然比美國遲了數十年，但制度產生的背景與發展軌跡彼此類似。我國專科護理師制度現況如同美國發展初期，以職場上以資深護理人員為對象，利用現有的醫療機構與師資，用最短的時間做功能性訓練，期使專科護理師在醫師監督下輔助醫療行為，藉此填補醫師人力缺口，讓目前醫療照護體系得以運作。而美國專科護理師制度的進展，已脫離醫師助手的角色，在1975年以後，主管機關與護理決策者，一方面為了提升醫療照護品質，促進護理人員專業性與獨立性；另一方面由於醫療資源緊縮，在醫療成本與市場需求考量下，醫療政策與法律規範發展趨勢走向有條件授權其獨立診斷疾病與處方，專科護理師不再僅是醫師的輔助者，進一步成為醫師的替代者，即使住院醫師回流與人力飽和時，仍可繼續在醫療照護工作上發揮所長。本國法律對於專科護理師執業範圍並未明確規定，專科護理師常需配合雇主醫療機構或醫師的要求執行醫療業務，因此常有遊走法律邊緣，逾越其專業權限的疑慮。然而若過度限縮專科護理師的執業範圍，在當今醫療資源缺乏與醫師人力不足日趨嚴重的情況下，並不能維持目前醫療照護體系的運作，為了達到提升醫療照護品質與兼顧醫療成本的目標，本文參考美、英等國專科護理師制度相關規定，分析我國專科護理師的法令解釋、醫療照護系統實務運作與專護專業能力之認證作業，提出以下建議，期能紓解部分目前專護制度發展的困境(表格一)。

5.1 修法明訂專科護理師執業範圍以符合法律明確性原則

專科護理師身為第一線醫療人員，醫療業務繁重複雜，是當前照護體系上不可或缺的要角，而為因應醫療實務需求，容任在醫療機構與醫師主導下，不斷擴張其業務致與住院醫師多有重疊，對於醫療行為專屬醫師為之或專護得獨立執行並無清楚區別，一旦發生醫療糾紛，法院對於專護陷入執業範圍可能逾越法規的爭議，常依主管機關個案解釋認定，故使專護執業處於法律灰色地帶無所適從，如何提升司法審查的客觀性與可預見性，以符合法律明確性原則，讓受規範者有所遵循乃當務之急。

表格一專科護理師執業範圍相關法令爭議與修法建議

專科護理師執業範圍相關法令爭議	修法建議
明確授權，符合法律保留原則	護理人員法增訂明確授權，授權內容： <ol style="list-style-type: none"> 1. 執業容許條件 2. 執業模式 3. 執業範圍
提高可預見性，符合法律明確性原則	護理人員法施行細則增訂容許專科護理師執行醫療業務行為： <ol style="list-style-type: none"> 1. 專科護理師自主執行 2. 在醫師指示下，醫療輔助行為
提升專科護理師執業能力	專科護理師分科及甄審辦法增修 <ol style="list-style-type: none"> 1. 分科：內科、外科、婦產科、小兒科、精神科、急重症科 2. 認證資格：碩士學位 3. 訓練課程與場所：碩士學程

5.1.1 以法律保留授權主管機關行政命令補充

我國所有醫事專業人員執照的授權與業務範圍的界定均受到法律的約束，其目的在於顯示醫療專業的最低能力限度與對公眾健康的保護。傳統上依一般民眾的認知，護士與醫師診療業務是截然不同的，專科護理師制度在國內發展已有十多年，專科護理師日常執業範圍擴張，大半與過去專屬醫師執行的醫療常規重疊，其醫療行為被依違反醫師法第 28 條提起訴訟，已經不是偶發事件。由於醫療發展進步快速，醫學教育訓練精進，醫事人員的專業能力顯著提昇，另一方面醫療需求增加但醫療資源的不足，以醫師為主其他醫事人員為輔助的醫療照護系統受到極大的衝擊與挑戰，凡事須醫師親自為之的醫療業務界定標準，已不足以因應醫療環境的變遷，醫療分工日趨專精，起而代之的係其他醫事人員擴張獨立執行之業務範圍，或在醫師指示下，執行原本專屬醫師親自為之的醫療行為。因此，只要專科護理師具備之專業能力足以負擔目前擴張的醫療業務，法律理應保障其工作權。惟進一步檢視我國現有專科護理師執業法源，主要根據護理人員法第 24 條規定，除護理人員業務範圍可獨立執行外，依法在醫師指示下方可為醫療輔助行為，何者屬專科護理師執行之醫療輔助行為，同法並未授權行政主管機關解釋，目前衛生福利部參考醫護雙方協商共識，公告界定專科護理師執業範圍的函釋，恐有逾越母法違反法律保留原則。法院裁判時以主管機關行政解釋為主要裁量標準，導致行政解釋法律化，行政解釋不易查詢容易更改，不利於法之安定性，受規範者更無從預見，違反法律明確性原則。而就法律效果而言，現有專科護理師執業範圍的行政函釋僅能視為「行政指導」對外不具強制力，依行政程序法第 165、166 條規定意旨，係輔導、建議之方式，相對人拒絕指導時，行政機關並不得據此對相對人為不利之處分，法律規範效力明顯不足⁷⁶。

就美國專科護理師制度之法律規範發展分為三個階段，第一階段由 1903 年到 1938 年屬起始階段，規定註冊護理師(Registered Nurse, R.N.)認證資格與執照授予，此階段的護理師僅在醫師的監督下，輔助醫療業務執行，當時法律並沒有明定 RN 的執業範圍，也沒有強制規定僅有 RN 執照者才可以執行相關醫療業務。第二階段由 1939 年到 1970 年，法律開始對進階的護理師執業設限規範，強制規定註冊護理師(RN)執業範圍與限制有執照者才可執業，在這段期間，由於專科護理師經過完整進階專業教育訓練，且醫療照護實務上亦常獨立於醫師作業，病人滿意度不亞於醫師照護，其能力受到公眾的肯定，而法律修改並未跟上醫療照護潮流的快速變化，常使專科護理師陷於逾越執業範圍而被起訴的風險。第三階段 1971 年以後，美國進階臨床護理師制度逐漸成型，依其角色任務劃分為進階臨床護理

⁷⁶ 吳憲明，前揭註 8，頁 61。

師(advanced practice nurse, APN)分為臨床護理專家 (Clinical nurse specialist, CNS)、專科護理師(nurse practitioner, NP)、助產人員(midwife)與麻醉護理師(nurse anesthetist)四種，由於美國地廣人稀，醫療資源有限，偏鄉地區或重症醫療之醫師人力明顯不足，政府與醫療政策制定者意識到專科護理師執業的重要性，為確保公眾安全與醫療品質，州政府開始立法對進階護理師執業範圍與認證作規範，全國各州對一般註冊護士(R.N.)的執業範圍有一致的標準，但對進階護理師(包括專科護理師)之執業方式與業務範圍各州並不全然相同，其法源乃根據各州之護理人員法(Nurse Practice Acts)，以法律明確規定其執業方式與業務內容，在北部各州大多以容許專科護理師獨立看診、開立相關檢驗檢查、處方特定藥物及轉介專科醫師，而南部各州則規定專科護理師的執業方式必須有醫師以合作(collaboration)、代理人(delegation)或監督(supervision)不同程度的介入，專護執行之醫療業務主要以醫師學會(Board of Medicine)與護理學會(Board of Nursing)所規定的範圍內，再參考個人所受之教育訓練與個人臨床經驗，進一步與服務之醫療機構或保險單位簽約明訂，以確立專科護理師被容許之執業範圍與所被科以之法律義務⁷⁷。即使在美國對專科護理師執業相關法規遠比台灣詳細明確，因為各州制度不同與醫療機構、專科護理師能力個別差異，仍不免時有專護逾越其執業範圍之醫療糾紛，更遑論台灣法令不明確下，專科護理師每天承擔訴訟高風險執業，隨時可能因為執行專屬醫師執行醫療業務行為違反醫師法第 28 條科以有期徒刑及罰金，甚而因上述違法行為，依護理人員法第 37 條處以停業或廢止執照，對其工作權保障明顯不足。

依據現行法令，台灣專科護理師執業範圍以護理人員法第 24 條為其執業法源依據，在沒有法律明確授權下，對於容許專科護理師執行之醫療輔助行為，以主管機關衛福部的行政釋函加以補充說明。雖說醫療係高度專業與未來性領域，要以有限的法律文字來定義日新月異的醫療科技，達到立法明確的目的實屬不易，因此常援用不確定法律概念立法方式。然而以概括條款立法方式，內容並不能太過廣泛，意義不能模糊不清，仍需符合法律明確性原則，即法律應具有可理解、可預見性與審查可能性。從法律保留原則來檢視，目前護理業務規定並未依照人員職稱、訓練不同，將護士、護理師與專科護理師執業內容作類別區分，據同法第 7-1 條規定，僅就專科護理師分科、甄審指示行政機關依法辦理，並沒有於母法授權主管機關以法規命令對其業務權限加以補充說明。何種事實應以法律直接規範或得委由命令予以規定，釋字第 443 號認為，與所謂規範密度有關，應視規範對象、內容或法益本身及其所受限制之輕重而容許合理之差異，如涉及剝奪人民

⁷⁷ Elizabeth Harrison Hadley, *Nurse and Prescriptive Authority: A Legal and Economic Analysis*, 15 AM. J.L. & MED. 245, 248-253 (1989); Rebecca Keaton, *ARNP Licensure in Florida*, FLA. NURSE, Jan. 2003, at 13 (2002); Ctr. to Champion Nursing in Am., *Access to Care and Advanced Practice Nurses: A Review of Southern US. Practice Laws* (2010), <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2010/01/access-to-care-and-advanced-practice-nurses>.

生命或限制人民身體自由者，必須遵守罪刑法定主義，以制定法律方式為之，採高密度審查；涉及人民其他例如財產權、工作權等其他基本權利，原則上也應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定，其授權應符合具體明確原則，此即採中密度審查；若僅屬於執行法律的細節性、技術性次要事項，而不涉及基本權的限制，則縱使沒有法律授權，主管機關也可以為必要的規範，此便是低密度審查。專護執業範圍規定攸關專科護理師憲法保障的工作權，在職業自由限制的法律審查，當規範愈是影響職業選擇自由則愈應嚴格，當規範愈是純粹執業執行自由，內容愈自由，故即使退一步而言，將專護執業範圍法令視為限制屬職業執行之自由非關「地位形成」之職業選擇自由，然專護執業規定具有塑造「職業形象性質之職業義務」⁷⁸，且其工作內容更與公眾健康與生命權密不可分，屬重大公共利益，其法律保留程度，本文認為應屬中密度審查，雖容許概括條款與不確定法律概念，應以法律保留為主，法律明確授權，授權之目的範圍與內容需符合具體明確下，由主管機關衛生福利部以行政命令補充說明，以符合法律保留原則及法律明確性原則。本文認為台灣也應比照美國對進階護理師(包括專科護理師)之執業認可要件與業務範圍，其法源乃根據各州之護理人員法(Nurse Practice Acts)，以法律明確規定其執業模式與類型化業務內容，並參考美國法律規定之執業模式，明訂台灣專科護理師的執業方式與醫師介入程度，以釐清其與醫師、醫療機構間的法律關係與責任歸屬，兼顧醫療照護體系合法運作，保障醫療品質與公眾安全福祉。

5.1.2 專科護理師業務類型化，提高執業範圍裁量標準可預見性

專科護理師目前定位在醫療機構所聘請之執業進階護理師，主要任務在於與醫師共同提供連續性及整合性的護理與醫療照護，在醫療資源不足下替補醫師，因此授權專科護理師在醫師指示下執行醫療輔助行為，以維持醫療照護系統運作。然而因人力不足便宜行事擴張專科護理師之執業範圍，如何能確保病人生命安全？！就醫師法第 28 條前段之立法精神，醫療輔助人員沒有醫囑不能執行相關醫療行為外，對於醫師所指示的若是高風險的醫療輔助行為，縱醫師已為詳盡的指示或為如何嚴密的監督，仍屬違法，故專科護理師依法仍不得施行。但醫療行為多樣繁雜，僅就衛生主管機關片段不全的行政釋函與少數法院裁判，實難使醫護界預見且了解其何者作為或不作為將構成義務之違反，實難謂法律明確性，應重新訂定裁量準則，讓受規範者明確可遵循。

過去列舉上述五大項診斷、處方、手術、施行麻醉及病歷紀錄，該當醫師親

⁷⁸ 陳怡如，「司法院大法官法律保留原則違憲審查標準之探究：兼評工作權相關釋憲案例」，人文社會學報（國立臺中技術學院共同學科發行），第 4 期，頁 136（2005）。

自為之而排除其他的歸類方式，似無法將現今醫療行為做有效且安全的區隔，亦無法讓受規範者了解其該當之義務。本文認為法律對業務內容規範概括條款所能涵蓋範圍，可藉由行政實務與司法裁判逐漸具體化形成職業義務，並將其類型化，即參考歷年來對專護業務之行政解釋與法院裁判，並輔以侵入性與風險性高低作為判斷醫療核心與輔助行為的基準，所謂侵入性醫療行為係指醫療行為中，從外部而來對身體侵入或干涉行為，例如外科手術、注射、輸血、穿刺等。以此裁量標準，對醫療輔助行為內涵放寬解釋，將專科護理師醫療業務範圍類型化，區分為第一類專科護理師自主執行業務，包括原本傳統專屬護理人員之業務(護理人員法第 24 條第 1 項第 1 至第 3 款)，以及身體評估、病歷記錄與說明病情，專科護理師在沒有醫師指示下亦可獨立實施；第二類屬醫師指示下由專科護理師輔助執行之醫療業務，在醫師指示方式上，進一步以行為的侵入性或危險性程度來區分，侵入性風險較低者，可依指示者說明處理事務之方法原則後，即可由受指示者自行實施，指示者未必親自在場；另一項則為醫師應在場親自監督指揮，隨時為被指導者解決困難，例如氣管外管或鼻胃管初次置放時，屬醫師須親自監督指揮專科護理師輔助執行。例外者有鼻胃管、尿管、氣切管等多重管路之慢性病人管路已多次置換，則在醫師醫囑後，可由專科護理師自行置換。第三類係其他侵入性大、風險較高之醫療行為，即使醫師親自指導，也不能假他人之手，醫師仍須親自為之，包括對病人獨立診斷處方、手術、中心靜脈導管放置等。

舉例而言，以本文第二章的三個醫療糾紛新聞案件為例，案件一其爭議的醫療行為係獨立執行病情資料蒐集與身體檢查評估，此類行為應屬護理人員法的 24 條第 1 款健康問題的護理評估，亦是衛生署對專科護理師執業範圍的指導函中住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問，屬第一類專科護理師可獨立執行的業務範圍。案件二爭議的醫療行為係專科護理師對病情危急病人的處置照護與緊急插管的急救過程，本屬第三類侵入性風險性高之醫療行為，須醫師親自為之，不可假他人之手。然而專科護理師在病人緊急病危情形，施予插管急救，依照醫師法第 28 條但書第 4 款，阻卻違法，其行為可能不罰。案件三係醫師診視後，清除傷口麻醉及縫合之醫療行為，按衛生福利部解釋，清除傷口、麻醉與縫合係風險較高的侵入性醫療行為，屬醫師須親自為之，醫師診視過後，指示讓護理師獨立執行，係超越專科護理師執業範圍的違法行為。故據上述將醫療行為依行為主體來分類，較能明確判斷醫療行為是否須醫師親自為之，或其他醫事人員得依其專業或醫師指示輔助執行，期能符合實務上的需求，釐清責任歸屬，進一步確保病人安全無虞。

為建立全國性專科護理師執業範圍，本文建議應經由適當組成之機構依其專業知識及社會通念加以認定與判斷，所謂「適當組成之機構」可以衛生福利部本

設有之專科護理師諮詢委員會擴充委員會成員如專科護理師學會、醫師公會、醫療機構協會、法界人士與衛生福利部主管機關官員等，使其具多元性與公信力，一方面參考美國專科護理師規範，以醫師學會(Board of Medicine)與護理學會(Board of Nursing)訂定之執業範圍為本，一方面考量台灣歷年來行政主管機關對專科護理師醫療業務相關函釋與法院對專護醫療行為之裁判，並直接評估醫療行為侵入性與風險性的高低，將醫療行為依行為主體不同分門別類，再由主管機關以行政法規命令依法公告，以確立容許專科護理師執行之醫療行為界限。鑒於台灣專科護理師制度發展的獨特性，台灣專科護理師為醫療院所受雇員工，醫療院所業務與行政主導權多掌握在醫師手中，目前其工作內容也由主治醫師決定。本文建議參考美國專科護理師與醫院或保險公司簽訂契約模式，以全國專科護理師執業範圍標準為限，再加以考量專科護理師個人所受教育訓練及臨床經驗累積之專業能力，明訂工作內容，在醫療機構內部根據衛生福利部於96年2月對專科護理師業務範圍解釋函所提及由醫院醫務部與護理部共同設立「專科護理師執業委員會」進行協議後，以確定專科護理師的醫療照護工作，並希望強化醫療機構內專科護理師專責委員會之監督仲裁功能，使專科護理師不受個別醫師的影響，能依法執業。

立法院亦開始重視專科護理師在醫療照護系統的角色與執業照護全民健康合法性。立法院衛環委員會於2014年5月28日初審通過《護理人員法》第24條修正案⁷⁹(表格二)，因現行專科護理師執業範圍並無相關法規之依據，僅有衛生福利部之行政函釋，增列專科護理師職權，可在醫師監督下執行醫療業務，包含實習受訓期間的專科護理師也在內，賦於專科護理師應在醫師指示下可執行的醫療業務之法源依據。並增訂第四項專科護理師在醫師指示下執行的醫療業務得由中央主管機關認定，立法說明指出，宜由中央主管機關廣納醫護專業團體意見，訂立出可執業之醫療業務，讓可執行之醫療業務明確化。與本文建議方向一致，立法機關為提高專科護理師執業範圍明確性，進而保障病人安全已邁出第一步。

⁷⁹ 立法院議案綜合暨查核系統。立法院環境衛生委員會審查委員蘇清泉等21人擬具「護理人員法第24條條文修正草案」，<http://misq.ly.gov.tw/MISQ/IQuery/misq5000QueryBillDetail.action>(2014年5月28日)(最後點閱日期：2014年6月12日)

表格二：護理人員法第二十四條條文修正草案對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第二十四條 護理人員之業務如左：</p>	<p>第二十四條 護理人員之業務如左：</p>	<p>新增第三項及第四項：</p>
<p>一、健康問題之護理評估。</p>	<p>一、健康問題之護理評估。</p>	<p>一、現行專科護理師執業範圍並無相關法規之依據，僅有衛生福利部之行政函釋，在現行臨床實務上，有許多情況是在醫師指示下執行之醫療業務，在無法規將其明確化的環境下，恐使專科護理師日常執業遊走於密醫罪之法律邊緣。為避免觸法，應賦於專科護理師應在醫師指示下可執行的醫療業務之法源依據。</p>
<p>二、預防保健之護理措施。</p>	<p>二、預防保健之護理措施。</p>	<p>二、因專科護理師必定有護理師資格，故其當然可執行護理人員之業務，增訂第三項明訂之。</p>
<p>三、護理指導及諮詢。</p>	<p>三、護理指導及諮詢。</p>	<p>三、在現行臨床照護實務上，專科護理師在醫師指示下執行醫療業務所在多有，恐使專科護理師執業遊走於密醫罪之法律邊緣，宜由中央主管機關廣納醫護專業團體意見，訂立出可執業之醫療業務，故增訂第四項，讓可執行之醫療業務明確化。</p>
<p>四、醫療輔助行為。</p>	<p>四、醫療輔助行為。</p>	
<p>前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。</p>	<p>前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。</p>	
<p><u>專科護理師得執行第一項業務，並應於醫師指示下執行醫療業務。</u></p>		
<p><u>前項所稱醫師指示下執行之醫療業務，由中央主管機關另以辦法訂定之。</u></p>		

(立法院議案綜合暨查核系統，2014年5月)

5.2 醫師指示合法化

醫師法第 11 條第 1 項前段要求醫師除於山地、離島、偏僻地區或有特殊急迫情形外，非親自診察，不得施行治療開立處方，以避免醫師因為不在場造成醫師對病人病情誤判。然而醫界對於住院病人視為一團隊合作照護下，偶有未能到場親自診視，而是透過在場醫護人員協助，以遠距通訊或電話討論病情並給予醫囑，此為醫界的慣例，但並不全然該當醫師法第 11 條第 1 項但書規定。本文認為目前醫療機構團隊合作模式下，病人在診斷治療過程中，常需透過放射師攝影影像、檢驗師抽血等實驗室檢查結果，或經由護理師收集病史生理資料，醫師本就常仰賴其他醫事人員專業評估結果作統整鑑別診斷，再交由醫師判讀，前開條文文字過分強調到場診療對提升醫療品質的效果，罔顧現代醫療團隊活動本質，忽略其他醫事人員專業能力的提升與醫療技術及通訊設備的進步。對此一情形，有學者指出：醫師是否違反親自診察義務，在認定上至少必須區分兩種狀況分別處理。一種是醫師從未接觸過的病人，或是過去雖然接觸過，但是從時間間隔來看，無法根據過去的問診經驗而掌握現在病情。依此，醫師未親自問診就給藥或治療，不僅違反醫療倫理，如有誤診或錯誤判斷導致病人有死亡或傷害結果發生，當然應負過失責任。反觀之，與前述應區隔的另一類樣態，則是醫師持續在進行治療的病人，且從時間與空間的緊密關係，以及周邊醫療人員與醫療儀器的監控密度來看，醫師即使未親自到場，仍能根據過去與病人的接觸經驗，藉由其他醫療人員或設備的監控之下，醫師仍能充分掌握病情，且與在場親自診療的醫療品質無明顯差異，如是在醫師指揮下給予投藥或相關處置，本文認為應不違反醫師親自診療之精神⁸⁰。

目前實務上，在有限的時間內，要求醫師每次親自診治，實在強人所難，專科護理師被視為醫師的手足，是受有進階專業訓練的護理人員，有獨立蒐集病情資料、評估病人之能力，加上目前先進的醫療技術和通訊設備，醫師未到場仍可得到相關完整資料，如此主治醫師在接收專科護理師彙整病人病情變化之報告後，以電話指示醫療處置，若符合 1.醫師在時間上持續治療，2.在空間上週邊醫療人員與醫療儀器的緊密監控下的通訊診療行為，實難謂其為違法行為。在法院實務上也採認相同的意見，彰化地方法院 101 年聲判第 11 號認定，“...病人發生病情變化或其他意外，如主治醫師因其他重大因素無法立即到場處置，可視其當時

⁸⁰ 王皇玉，「論醫師的說明義務與親自診察義務——評九十四年度臺上字第二六七六號判決」，月旦法學雜誌，第 137 期，頁 278 (2006)；陳鈺雄，「遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務」，中原財經法學，第 22 期，頁 77 (2009)。

生命徵象，先行指示安排適當檢查...”，“...病人之主治醫師正在進行手術無法分身，由專科護理師協助解釋病情及醫師指示之計畫處置，未逾越相關規定，並無不當...”。醫療行為事關病患的生命安危，為確保醫師電話通訊口頭醫囑傳達正確無誤，在醫院標準常規執行上，醫師指示不以默示的方法為之，以明示為必要，醫師口頭處方，護理人員執行前均須再次重覆口述確認，以免有誤認或誤解以致發生損及病人安全的情形。

實務上，特別是在醫院機構內或偏遠地區，因醫師人力不足，並非每一病人每次就診均由醫師親自診療，醫師對曾經診察且持續治療之病人，對病情有相當瞭解，由於其他重要醫療業務無法分身，在合法醫師指示下，由專科護理師輔助開立檢驗、檢查，蒐集評估病情資料，協助開立處方，並不限於醫師親自在場指示或目視所即之範圍以內，此舉並不必然違法，更已成為目前人力資源短缺下醫療照護系統的主要運作模式。

5.3.提升專科護理師執業能力

專科護理師執業範圍的法令規定，主要係限制其執業的地點與模式，換言之，即法律規定專科護理師在甚麼場所以某些特定方式照護甚麼人，以及若逾越此界線可能承擔的責任和處罰。除法令規定外，專業能力高低更決定專科護理師個人工作內容，即使執行之醫療業務於法有據，但若能力不足以負擔，仍不允許專科護理師執行。因此如何提升專科護理師之專業能力乃專科護理師制度持續發展之重要任務。

5.3.1 建立全國專科護理師專業能力標準

執業能力取決於臨床醫療照護技能、專業知識訓練、責任歸屬與專業標準，其中專業標準的確立，不僅是專科護理師醫療照護技能與專業知識訓練的根本，更是醫療專業人士被裁量責任歸屬的準則。在目前台灣各界對專科護理師的任務與角色定位還相當分歧。醫師視專科護理師為醫師助手，由醫師監督下執行醫囑，重點在醫療照護能力；護理界則認為專科護理師與醫師以合作關係共同照護病人，應具備提供病人病程照護、健康諮詢、衛教與教學等專業能力。在雙方不同認知下，對於專科護理師的能力詮釋與標準訂定，各醫院自成一家的情形相當普遍，專科護理師專業能力關係其執業模式與範圍，更是訓練甄審標準之先決條件，有了清楚的能力標準與每項能力所欲達成的目標，才能夠制定相符的培育計畫與認證標準。在台灣專護制度雙頭馬車的獨特發展下，其能力標準的訂定須兼具考量護理專業發展與解決醫師人力，以因應我國醫療生態多元需求。

依據國家衛生研究院在“專科護理師培育計畫暨執業規範建議書”中，所訂定專科護理師的專業能力應包含直接健康照護能力、教學能力、照護協調能力與照護品質監測等四大核心基礎能力，但是各種能力標準為何？所欲達成的目標為何？主管機關衛生福利部並未明定。為與世界先進國家健康照護能力接軌，且對專業能力之標準與目標有更詳細的闡釋，可以參考英、美等國對其醫療專業人員核心能力的建議，美國醫療學會(Institute of Medicine, IOM)要求所有醫事專業人員應具備的共同核心能力⁸¹：1. 能提供以病人為中心的醫療照護 (provide patient-centered care)，2. 跨領域協同合作的能力 (Work in interdisciplinary teams)，3. 執行以實證為依據的實務 (employ evidence-based practice)，4. 在實務上運用品質改進的能力 (apply quality improvement)，5. 應用資訊的能力 (Utilize information)；而英國皇家護理學會(RCN)於2010年建議進階護理師(advanced nursing practitioner, ANP)所應具備的七大能力領域：1. 評估與處理病人健康/疾病與情況包括健康促進照護與預防疾病，2. 維持護理師與病人的關係，3. 教育訓練能力，4. 能發展應用專業角色，提供直接照護發揮領導能力，5. 醫療照護體系的協調管理，6 監測與確保照護醫療品質，7 尊重多元性文化⁸²，目前台灣專科護理師日常實務上僅注重輔助主治醫師執行醫療照護行為能力，實不及英、美兩專業學會對醫療專業人員建議所應具備各項基礎能力更為廣泛與具體。

進一步而言，就專科護理師專業能力要求，無論是哪一科在共同基礎能力上應該是一樣的，具備基本能力後，再按照工作的次專科別接受個別的教育訓練。台灣專科護理師的分科，依據專科護理師分科及甄審辦法第3條僅分內科與外科，在醫療知識技能進展快速，醫療照護要求專精的趨勢下，內科、小兒科、婦產科、急診科和精神科等診療對象不同，疾病類別差異大，對於提供醫療照護者所應具備之專業能力當然不同，僅有內、外分科的專科護理師，其分科訓練不足以因應處置不同科別病人之疾病與需求。按英、美國之分科建議應以照護對象不同作科別區分，老人科、成人家醫科、婦女健康、小兒科，除基礎核心能力外，更應針對不同科別制定次專科化之能力標準與目標。本文建議能由行政主管機關衛生福利部主導，以專科護理師諮詢委員會所提出之四大核心能力及英、美專業學會所建議醫療專業人員之基礎能力為本，協調醫療機構、醫師公會以及專科護理師學會，以提高國民醫療照護品質為前提，破除各領域本為迷思，在原有的架構下討論建立共識，明確訂立全國一致性之專科護理師執業能力準則，並參考各次專科所需之專科化能力標準，依不同照護對象作分科規劃，以符合實務專業分工之需求。

⁸¹ HEALTH PROFESSIONS EDUCATION: A BRIDGE TO QUALITY (Ann C. Greiner & Elisa Knebel eds., 2003), available at http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10681.

⁸² ROYAL COLLEGE OF NURSING, *supra* note 18.

5.3.2 修法提升專科護理師的訓練與認證標準

台灣專科護理師執業資格，必需通過衛生福利部甄審考試合格領有專科護理師執照，才容許以專科護理師的職稱執業，現階段執業模式將專科護理師定位在醫師監督指示下輔助醫師執行醫療業務，共同提供連續性及整合的醫療照護。相較於美國，專科護理師制度已發展近 50 年，由 1965 年，科羅拉多大學 (University of Colorado) 護理學院為已具有實務經驗的護理人員，設計一年的培訓課程，隨後各州沿用，讓受訓合格之專科護理師填補偏遠地區醫療人力之不足。1975 年間，聯邦政府的「衛生、教育及人類服務部」(US Department of Health, Education and Human Services, USDHEHS) 限制政府資助之專科護理師訓練課程之受訓時間與地點，培訓專科護理師的場所，就逐漸自「醫療院所」轉移到「學校教育機構」，且時間延長到 1.5 年至 2 年的碩士學程。在 1995 年後，美國專科護理師執業資格，需具備專科護理碩士學位，通過國家考試取得進階執業之證照，能獨立或與醫師協同診斷治療病人執業模式。英國專科護理師並非法定職稱，也尚未有國家證照制度，但在英國國民保健服務處(NHS)規定，在其體系工作之註冊護士(RN)需具備大學以上學歷，而專業學會皇家護理學會(Royal College of Nursing, RCN)更進一步建議專科護理師應以碩士學位。加拿大大部分省分皆已完成立法，各省大同小異，專科護理師須完成專科護理師碩士學程，考試取得證照，得以執行健康照護所需的診斷、處置與處方藥物，並可轉介會診病人給醫師⁸³。台灣專科護理師對專科護理師的訓練與認證標準與國際各國相較之下，依據本國專科護理師分科及甄審辦法的第 7 條第 1 項第 1 款其甄審資格，只要有三年內(外)科工作經驗並具有護理師執照，完成專科護理師訓練，並沒有碩士學位的要求，而甄審科目與訓練場所規定在同法第 4 條與第 6 條，也比較像美國早期與醫院合作訓練護理人員的模式，並沒有完整的學程設計。如此以實務導向的短期課程訓練，台灣八年內取得「專科護理師」合格證書者，總計共有 4,424 位。相較於加拿大十年才培育出 840 位「專科護理師」，澳洲五年僅培育出 460 位「專科護理師」的情形⁸⁴，如此速成且大量養成訓練，專科護理師之專業能力是否能達到預定之標準與目標，是否足以擔當目前法令所容許的業務內容，令人堪慮。

⁸³ COLL. OF REGISTERED NURSES OF B.C., SCOPE OF PRACTICE FOR NURSE PRACTITIONERS: STANDARDS, LIMITS AND CONDITIONS (2014), available at <https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/688ScopeforNPs.pdf>.

⁸⁴ CAN. INST. FOR HEALTH INFO. & CAN. NURSES ASSOC., THE REGULATION AND SUPPLY OF NURSE PRACTITIONERS IN CANADA, 2-4 (2005), available at http://international.aanp.org/pdf/The_Regulation_and_Supply_of_Nurse_Practitioners_in_Canada_e1.pdf; Sandy Middleton, *The Profile of Nurse Practitioner Services in Australian Nurse Practitioner Study*, 6th International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Conference (Sept. 8-11, 2010).

為與國際接軌，並因應目前醫療生態與照護系統的變遷，同時兼以提升醫療照護品質，培育獨立執行醫療業務的專業護理人員為目標，衛生福利部專科護理師諮詢委員會與台灣護理教育評鑑委員會(Taiwan Nursing Accreditation Council, TNAC)認為「專科護理師」是進階之註冊護理師(RN)，具有能夠擴展其執業範圍的專門知識基礎、行使複雜的決策判斷與臨床技能，培育「專科護理師」的教育層級，宜以碩士學位為入門程度，希冀未來專科護理師能力標準與執業模式能與歐美國家齊頭並進。台灣自 2007 年起，已有六所護理學碩士班開辦「專科護理師」組，包括長庚大學、台北護理健康大學、台灣大學、高雄醫學大學(現暫停招生)、弘光科技大學及慈濟大學等。而現行碩士班專科護理組的課程有護理理論基礎、應用統計學、高級病因學、藥物學、進階身體評估、護理研究、進階臨床護理學與護理實習等必修課程，以及質性研究、病人衛生教育、個案管理等選修課程。美國專護訓練學程發展最為先進完整，美國 American Association of Colleges of Nursing (AACN) and the National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS) 所定課程標準，修業課程必須有：理論、研究、健康促進、藥理學、健康評估與指導、病理學及臨床進階護理，內容著重在知識與技能的教導，另需至少完成 50 小時臨床監督管理實務後，參加 American Nurses Credentialing Center(ANCC)舉辦臨床護理專家(CNS)的執照考試後就可擔任臨床專科護理師。台灣碩士學程訓練課程與美國雷同，若能確實受訓完成，定能培育出具有紮實的學理基礎、精熟的護理專業技能、有效能的專業自主性與獨立判斷的進階護理專業人才。

台灣雖有類似的學校碩士學程，但相關法規並未限制非碩士生不得參加專科護理師甄審，也沒有規定要在教育機構內完成培育課程，所以縱使已有護理師資格的學生，投入可觀的金錢與時間取得碩士學位，在未來的職場上也沒有較好的投資報酬。美國因經濟補助的誘因加上主管機關的強制規定，讓本在醫療機構進行的培訓轉移至教育機構(學校)內，做較長期完整的學位課程訓練。本文建議應將我國目前以醫院為主的訓練課程視為過度時期的權宜之舉，儘速藉由修法提高專科護理師的甄審資格，使專科護理師訓練課程回歸學校學程，衛生福利部可廣泛徵詢各次專科護理師所需的專業能力標準，訂定分科訓練與甄審辦法，以提升專科護理師之認證標準，訓練出真正具有進階能力，符合各次專科病人需求之專科護理師。

5.4. 評估專科護理師執業能力與公眾滿意度

醫療照護體系的改變最終目的係為了給予病人完善安全的醫療照護，促進全民健康，大眾對專科護理師專業能力接受及認同與否，關係此一制度是否能持續發展。在國外，有報告指出病患對專科護理師有很高的滿意度，而 Horrocks 等人

的研究發現，病患認為專科護理師的照護與醫師所提供的醫療照護沒有差別，病患對護理師滿意度甚至超過醫師。另有研究更進一步顯示，在專科護理師照護下，能有意義改善病患疾病之預後⁸⁵。

專科護理師不僅在照護病患滿意度上超過醫師，依據 Horrocks 等人調查結果證實專科護理師的服務提高了第一線醫療的可近性⁸⁶。上述各國近年研究結果均顯示，專科護理師足以勝任目前醫療體系下所負擔的任務。然而，在維持醫療照護系統運作的考量前提下，台灣醫療機構內以實務為導向的短期訓練課程，使得專科護理師證照取得較國外更為快速。當前已經成為醫療機構內醫療照護主力的專科護理師，其所提供的醫療服務是否符合目前醫療標準，是否為公眾所接受，醫療可近性、醫療費用縮減與照護品質是否因專科護理師制度而提升，均需有待全國性的研究，作進一步的評估與調查，以客觀科學證明專科護理師的執業能力與公眾信任度，作為日後專科護理師未來發展之參考指標。



-
- ⁸⁵ Paul Kinnersley et al., *Randomised Controlled Trial of Nurse Practitioner Versus General Practitioner Care for Patients Requesting “Same Day” Consultations in Primary Care*, 320 BRIT. MED. J. 1043, 1044-47 (2000), available at http://www.bmj.com/highwire/filestream/345904/field_highwire_article_pdf/0/1043.full.pdf; Sue Horrocks et al., *Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors*, 324 BRIT. MED. J. 819, 819-23 (2002), available at http://www.bmj.com/highwire/filestream/345042/field_highwire_article_pdf/0/819.
- ⁸⁶ Sue Horrocks et al., *Review: Nurse Practitioner Primary Care Improves Patient Satisfaction and Quality of Care with No Difference in Health Outcomes*. 5 EVID.-BASED NURSING 121 (2002), available at <http://bmj-ebn.highwire.org/content/5/4/121.full.pdf>.

第六章結語

台灣人口老化醫療照護需求增加，醫療技術發展快速，醫療照護分工日益精細繁雜，所花費物力、人力也隨之上揚，而另一方面醫療資源限縮，保險支付制度不公與住院醫師選科不均，造成醫療機構急性病房照護人力出現明顯缺口，現行醫療照護系統已不足以支應目前的需求，醫療照護制度的變革刻不容緩。而醫師培育養成耗錢費時緩不濟急，各醫療院所基於企業效能管控，開始規劃以成本較低且熟悉醫療業務的資深護理師協助醫師執行醫療工作，專科護理師制度因應而生，其執業內容超越傳統護理照護，直接參與病人的診斷評估，並取代醫師實施侵入性風險性較高的處置治療，即在臨床醫療照護上，專科護理師已介入傳統專屬醫師為之的診斷、處方、手術、麻醉與病歷紀錄五項醫療核心行為，更成為目前急性醫療照護系統主力。由於法律沒有明文規範，各醫療機構專科護理師實際執業內容不一，再加上大眾對專科護理師認知信任不足，專科護理師醫療行為是否逾越其執業範圍的爭議不斷，亦使其工作遊走法律邊緣，導致專科護理師功能無法完全發揮，限制了專科護理師制度的發展。

台灣目前對專科護理師執業範圍的法令解釋，與其他法定護理人員並無區別，乃本於護理人員法第 24 條第 1 項規定業務內容，除此之外，更重要的是按同條第 2 項在醫師指示下，容許護理師執行醫療輔助行為，作為專科護理師協助醫師執行原本專屬醫師之醫療業務的主要法源，再進一步由行政主管機關衛生福利部以行政函釋補充說明醫療輔助行為與專科護理師的執業內容。就上開法令解釋，專科護理師已被授權在醫療機構內，為住院病人作病情詢問與評估，以利醫療診斷與後續的處置治療；輔助病歷記載檢驗、檢查結果；協助開立相關檢驗、檢查與藥物處方，這些傳統上歸類為專屬醫師為之的核心醫療行為，在上開衛福部解釋函中，已有條件容許交由專科護理師依醫師指示為之。在法院實務上，對於其他醫事人員是否該當無合法醫師資格擅自執行醫療業務而違反醫師法第 28 條密醫罪的裁判，也是以行政主管機關解釋函為主要裁量標準。

專科護理師以護理人員法第 24 條為其執業法源依據，對其業務內容以醫療輔助行為作概括規定，但其中並未授權主管機關規定專科護理師的執業範圍，目前任由衛生福利部以行政解釋補充說明，有逾越母法違反法律保留原則之虞。上開法條文義並非明顯易懂，而行政解釋查詢困難、容易變更，受規範者無法預知，影響法之安定性。而法院在個案審理時，完全依循衛福部行政解釋，甚而有爭議發生後再針對個案補充說明，如此司法權委託行政機關來行使，令大眾有司法怠惰的觀感。且行政解釋對外缺乏法律效力，可能無法有效拘束受規範者行為。若

能修法以法律明確規定專科護理師執業模式與業務內容，雖然專護的醫療業務有其專業性與複雜度，惟對專護執業範圍的限制干擾其憲法所賦予的工作權，專科護理師執業行為更關係公眾生命身體健康，屬重大公共利益，應以法律保留為主，在法律明確授權下，由主管機關衛生福利部以行政解釋補充說明，以符合法律明確性原則。在執業模式上，可參考美國法律規定執業模式，明訂台灣專科護理師的執業方式與醫師介入程度。對其執業內容可進一步將專科護理師的醫療業務類型化，讓醫療人員與大眾更能清楚醫療行為的執行主體。分類標準可參考美國醫師學會(Board of Medicine)與護理學會(Board of Nursing)訂定之專科護理師醫療業務內容，歷年來台灣對專護業務之行政解釋與法院裁判，並輔以醫療行為本身侵入性與風險性高低作為判斷醫療核心與輔助行為的基準，分為第一類專科護理師自主執行之業務；第二類在醫師指示下，專科護理師輔助執行之醫療業務；第三類係其他侵入性大、風險較高之醫療核心行為，專屬醫師親自執行之醫療業務。

台灣專科護理師專業能力是否足以負擔擴張的執業範圍與獨立性較高的執業模式關係著全民健康與生命安全，依據專科護理師分科及甄審辦法第 4、6、7 條第 1 項規定取得護理師執照後，具三年內(外)科經驗，接受六個月專業課程後，通過考試即取得專科護理師證照，如此在醫療機構內短期實務導向的訓練，與國際間長期學校學程的要求，的確有明顯落差，也增加大家對專科護理師的專業能力的不信任。若能參考英、美等國對其醫療專業人員核心能力的建議，考量我國專科護理師發展的獨特性，先建立全國專科護理師專業能力標準共識，並修訂專科護理師分科及甄審辦法提升訓練認證標準，將專科護理師培訓計劃回歸校園碩士學程與國際接軌，並以客觀公正的全國性研究評估專科護理師的能力與公眾滿意度，期能兼顧醫療照護體系合法運作，更可保障醫療品質與公眾安全福祉。

專科護理師已成為台灣醫療照護體系不可或缺的一環，然而角色定位不一致，執業範圍法令不明確，訓練認證過程與國際間落差，使專科護理師在執行業務時忐忑恐有違法之虞，也引起公眾對其健康照護安全的不信任。若能重新審視修訂法律，提升專科護理師執業規範法源位階，將專科護理師執業模式和內容明訂於法令，釐清專科護理師的執業範圍與法律定位，進一步修法使專科護理師訓練回歸學校學程並健全認證程序，讓其專業能力獲得公眾認同，增進專科護理師在醫療照護的獨立性，定能在有限的醫療資源下提供最佳的醫療照護。

參考文獻

一、中文書籍

1. 國家衛生研究院論壇醫療人員培育及醫療制度委員會專科護理師培育專責小組，《專科護理師培育計畫暨執業規範建議書》(2003)。
2. 張媚、余玉眉，《護理人力及專科護理師制度：願景與挑戰》(2010)。
3. 蔡振修，《醫事法律總論》，2版(2003)。

二、中文期刊

1. 方楸淑，〈專科護理師的經驗分享〉，《台灣醫界》，第53卷第2期，頁26-27(2010)。
2. 王服清、戴鈞宏、李怡玲，〈不確定法律概念與法律明確性原則之解析——以醫藥法下的醫療業務行為為中心〉，《醫事法學》，第17卷第1期，頁53-75(2010)。
3. 王皇玉，〈論醫師的說明義務與親自診察義務——評九十四年度臺上字第二六七六號判決〉，《月旦法學雜誌》，第137期，頁265-280(2006)。
4. 田聖芳，〈臨床專科護理師角色與功能〉，《護理雜誌》，第4卷第37期，頁91-95(1990)。
5. 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，〈醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：台灣醫療糾紛民國91年至96年訴訟案件分析〉，《台灣醫學》，第14卷第4期，頁359-369(2010)。
6. 吳憲明，〈從法律觀點看專科護理師執業範圍〉，《醫事法學》，第15卷第1期，頁58-62(2007)。
7. 李英毅，〈法律明確性原則〉，《法政學報》，第11期，頁173-200(2000)。
8. 周心如、鄭宜昌、張宏文、蘇麗智，〈護理業務糾紛發生原因——以法院案例分析〉，《護理暨健康照護研究》，第6卷第4期，頁271-279(1999)。
9. 邱慧如，〈從法律觀點論專科護理師之執業範圍〉，《醫事法學》，第19卷第2期，頁64-75(2012)。
10. 陳怡如，〈司法院大法官法律保留原則違憲審查標準之探究：兼評工作權相關釋憲案例〉，《人文社會學報》(國立臺中技術學院共同學科發行)，第4期，頁123-148(2005)。
11. 陳雅雯，〈美國護理執業師的角色〉，《慈濟護理雜誌》，第4卷第3期，頁8-13(2005)。

12. 陳鈺雄，〈遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務〉，《中原財經法學》，第 22 期，頁 47-93 (2009)。
13. 童恆新、蔡秀鸞、王采芷，〈台灣專科護理師執業現況調查〉，《台灣醫學》，第 14 卷第 3 期，頁 264-271 (2010)。
14. 黃翰義，〈論醫療行為之特殊性與刑法結構〉，《律師雜誌》，第 298 期，頁 110-120 (2004)。
15. 楊秀儀，〈論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則〉，《台灣本土法學雜誌》，第 39 期，頁 121-131 (2002)。

三、中文學位論文

1. 吳俊裕，《「專科護理師」證照制度對護理人員影響之研究》，國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文 (2002)。
2. 陳世宜，《專科護理師之法律定位與執業範圍》，國立中正大學法律研究所碩士論文 (2013)。
3. 陳都美，《專科護理師角色功能定位及其法律規範》，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文 (2005)。
4. 鄭志忠，《醫療糾紛案件處理之探討：以台灣醫療改革基金會收案對象為例》，台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文 (2003)。

四、其他中文參考文獻

1. [爆料]關於台灣專科護理師，自由時報網站，
http://iservice.libertytimes.com.tw/inform/complain_a2.php?no=081228027 (最後點閱日期：2014 年 5 月 26 日)。
2. 扯 醫院竟讓護士縫傷口，蘋果日報網站，
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20101008/32869153>
(2010 年 10 月 8 日)。
3. 劉榮、林相美，護理師代醫師插管 病人猝死爆糾紛，自由時報網站，
<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/110627> (2007 年 1 月 9 日)。
4. 立法院議案綜合暨查核系統。立法院環境衛生委員會審查委員蘇清泉等 21 人擬具「護理人員法第 24 條條文修正草案」，
<http://misq.ly.gov.tw/MISQ/IQuery/misq5000QueryBillDetail.action>(2014 年 5 月 28 日)

五、英文書籍

1. CAN. INST. FOR HEALTH INFO. & CAN. NURSES ASSOC., THE REGULATION AND

- SUPPLY OF NURSE PRACTITIONERS IN CANADA (2005), *available at* http://international.aanp.org/pdf/The_Regulation_and_Supply_of_Nurse_Practitioners_in_Canada_e1.pdf.
2. COLL. OF REGISTERED NURSES OF B.C., SCOPE OF PRACTICE FOR NURSE PRACTITIONERS: STANDARDS, LIMITS AND CONDITIONS (2012), *available at* <https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/688ScopeforNPs.pdf>.
 3. HEALTH PROFESSIONS EDUCATION: A BRIDGE TO QUALITY (Ann C. Greiner & Elisa Knebel eds., 2003), *available at* http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10681.
 4. MENARD, SHIRLEY W., THE CLINICAL NURSE SPECIALIST: PERSPECTIVES ON PRACTICE (1987).
 5. REVELEY, SHIRLEY, MIKE WALSH, ALISON CRUMBIE, NURSE PRACTITIONERS: DEVELOPING THE ROLE IN HOSPITAL SETTINGS (2001).
 6. ROYAL COLLEGE OF NURSING, ADVANCED NURSING PRACTITIONERS: AN RCN GUIDE TO THE ADVANCED NURSE PRACTITIONER ROLE, COMPETENCES & PROGRAMME ACCREDITATION (2010), *available at* http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf.

六、英文期刊

1. Angun, Esat, *NP invisibility: Validation Compliance Supports Advance Practice Nurses*, 28 NURSE PRAC. 52 (2003).
2. Delman, Joy L., *The Use and Misuse of Physician Extenders*, 9 J. LEGAL MED. 249 (2003).
3. Furlong, Eileen & Rita Smith, *Advanced Nursing Practice: Policy, Education and Role Development*, 14 J. CLINICAL NURSING 1059 (2005).
4. Horrocks, Sue, Elizabeth Anderson & Chris Salisbury, *Review: Nurse Practitioner Primary Care Improves Patient Satisfaction and Quality of Care with No Difference in Health Outcomes*. 5 EVID.-BASED NURSING 121 (2002), *available at* <http://bmj-ebn.highwire.org/content/5/4/121.full.pdf>.
5. Horrocks, Sue, Elizabeth Anderson & Chris Salisbury, *Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors*, 324 BRIT. MED. J. 819 (2002), *available at* http://www.bmj.com/highwire/filestream/345042/field_highwire_article_pdf/0/819.
6. Keaton, Rebeccan, *ARNP Licensure in Florida*, FLA. NURSE, Jan. 2003, at 13 (2002).
7. Kinnersley, Paul, Elizabeth Anderson, Kate Parry, John Clement, Luke Archard, Pat

- Turton, Andrew Stainthorpe, Aileen Fraser, Chris C. Butler & Chris Rogers, *Randomised Controlled Trial of Nurse Practitioner Versus General Practitioner Care for Patients Requesting “Same Day” Consultations in Primary Care*, 320 BRIT. MED. J. 1043 (2000), available at http://www.bmj.com/highwire/filestream/345904/field_highwire_article_pdf/0/1043.full.pdf.
8. Morgan, Sara, *What Are the Differences in Nurse Practitioner Training and Scope of Practice in the US and UK?*, NURSING TIMES, July 13, 2010, at 21.
 9. Reading, Nancy L., *Coding Strategies for NPs*, 10 ADV. NURSE PRAC. 22 (2002).
 10. Safriet, Barbara J., *Closing the Gap Between Can and May in Health-Care Providers’ Scopes of Practice: A Primer for Policymakers*, 19 YALE J. ON REG. 301 (2002).
 11. Sandra R. Edwardson *Doctor of Philosophy and Doctor of Nursing Practice as Complementary Degrees*, 26 J. PROF. NURSING 137 (2010).
 12. Smith, Kathleen T., *Balanced Budget Act of 1997 Becomes a Reality: Brings Major Changes to Health Care*, 15 NURSING ECON. 271 (1997).
 13. Wall, Barbera M., Julie C. Novak & Sharon A. Wilkerson SA. *Doctor of Nursing Practice Program Development: Reengineering Health Care*, 44 J. NURSING EDUC. 396 (2005).

六、英文研討會論文

1. Middleton, Sandy, *The Profile of Nurse Practitioner Services in Australian Nurse Practitioner Study*, 6th International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Conference (Sept. 8-11, 2010).

七、其他英文參考文獻

1. Ctr. to Champion Nursing in Am., *Access to Care and Advanced Practice Nurses: A Review of Southern US. Practice Laws* (2010), <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2010/01/access-to-care-and-advanced-practice-nurses>.
2. Dept. of Health, *Improving Patients’ Access to Medicines: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing Within the NHS in England* (Apr. 2006), http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/pr od_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4133747.pdf.

附錄一非醫師執行醫療業務行為之法院裁判

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
1	臺灣臺北地方法院	94,醫訴,8	88年12月3日 衛署醫字第	診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 8 月，緩刑 2 年
	臺灣高等法院	95,上易,1765	88069372 號函	洗腸(醫療輔助行為)		
2	臺灣臺北地方法院	88,易,2715	90年4月27日 衛署醫字第	電燒(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 1 年
	臺灣高等法院	89,上易,1847	0900022159 號函	塞藥與沖洗陰道((醫療輔助行為)		容留無照行醫有期徒刑 1 年 2 月
3	臺灣臺北地方法院	98,醫訴,6		病情變化通知醫師	刑§267II	專護有期徒刑 3 月易科罰金緩刑 2 年
	臺灣高等法院	100,醫上訴,7				
4	臺灣臺北地方法院	86,訴,562		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 1 年 2 月
	臺灣高等法院	92,上更(二),347				
5	臺灣臺北地方法院	97,聲判,72	90年3月12日 衛署醫字第	插鼻胃管(醫療輔助行為)	護理人員法§37	聲請駁回
					刑§267II	

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
			0900017655 號函 97 年 3 月 5 日衛 署醫字第 0970201201 號 函			
6	臺灣臺北地方法院	99,醫訴,4		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 6 月，易科罰金
	臺灣高等法院	99,上訴,4200				
	最高法院	101,台上,630				
7	臺灣臺北地方法院	97,醫訴,7		病歷紀載(醫療輔助行為)	刑§267II	無罪
	臺灣高等法院	98,醫上訴,7				
8	臺灣臺北地方法院	99,醫訴,2		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 7 月，緩刑 2 年
9	臺灣臺北地方法院	90,易,684		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 1 年 8 月緩刑 3 年
					醫師法§11 但	

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
10	臺灣臺北地方法院	101,醫簡,4	100年5月25日 北市衛醫護字第 10033404600 號 函	雷射除毛(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	有期徒刑六月易科罰金緩 刑兩年
11	臺灣臺北地方法院	101,醫簡,5	行政院衛生署 65 年 4 月 6 日衛 署醫字第 107880 號函、65 年 6 月 14 日衛署醫字第 116054 號函	處方藥物(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	有期徒刑 7 月，
						緩刑 3 年
12	臺灣臺北地方法院	101,醫訴,7		穴位埋線(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	有期徒刑 6 月，易科罰 金。緩刑 2 年
13	臺灣板橋地方法院	92,醫,2		注射處方針劑(護理師自主為之))	醫師法§28 前段	無罪
	臺灣高等法院	94,醫上訴,4			護理人員法§37	
14	臺灣板橋地方法院	92,易,1679	80年7月16日 衛署醫字第	注射藥物處方(護理師自主為之)	醫師法§28 前段	無罪
	臺灣高等法院	92,上訴,2982	942103 號函		護理人員法§24	

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
15	臺灣板橋地方法院	89,易,2406	90年11月8日 衛署醫字第	診斷處方(醫師親自為之)	護理人員法§32 醫師法§28 前段	有期徒刑1年2月
	臺灣高等法院	91,上易,386	0900061868 號函	病歷記載(醫師親自為之)		
16	臺灣板橋地方法院	93,簡,2202	86年3月26日 衛署醫字第 8601207 號函 90 年9月27日衛署 醫字第 0900044882 號函	開單檢驗(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	有期徒刑7月，緩刑2年
17	臺灣板橋地方法院	94,聲判,49		注射處方藥物(護理師自主為之)	醫師法§28 前段	無罪
18	臺灣板橋地方法院	88,易,4014		診斷處方 (醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑2月
19	臺灣新北地方法院	101,訴,2508		小針美容鼻部胸部(醫師親自為之)	醫師法§28I 前段	有期徒刑1年8月

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
20	臺灣板橋地方法院	101,訴,1756	84年12月1日 衛署醫字第 840682號函、85 年11月22日衛 署醫字第 85062110號函	判讀X光(醫師親自為之)	醫師法§28I 前段	有期徒刑陸月，易科罰 金。併科罰金
21	臺灣士林地方法院	90,自,237		插管，心肺復甦急救(醫師親自為之 但緊急情況例外)	醫師法§28 前段	無罪
	臺灣高等法院	92,醫上訴,5				上訴駁回
22	臺灣士林地方法院	93,訴,92		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑6月，緩刑3年
	臺灣臺北地方法院	93,上訴,3129				
	最高法院	97,台上,2679				
23	臺灣桃園地方法院	100,壢簡,943	97年8月20日 衛署醫字第 0970208771號 函、96年1月4 日衛署醫字第	抽血檢驗(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	有期徒刑6月，易科罰 金，緩刑2年

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
	臺灣桃園地方法院	101 年簡上字 56	0950066335 號函		醫事檢驗師法§12II 34I	
24	臺灣桃園地方法院	96,桃簡,576	97 年 3 月 4 日 衛署醫字第 0970006105 號函	縫合傷口拆線(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 6 月，易科罰金
	臺灣桃園地方法院	97,簡上,6				
25	臺灣桃園地方法院	94,訴,491		病情變化告知醫師(護理師自主為之)	刑§267II	無罪
26	臺灣桃園地方法院	89,易,992		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	無罪
	臺灣高等法院	89,上易,4024				上訴駁回
27	臺灣桃園地方法院	96,訴緝,186		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	有期徒刑 8 月緩刑 4 年
28	臺灣桃園地方法院	101,訴,828		雷射除毛、痘疤(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	期徒刑 7 月，易科罰金， 緩刑 2 年
29	臺灣桃園地方法院	101,訴,233		診斷處方(醫師親自為之)		有期
						徒刑柒月
30	臺灣新竹地方法院	89,訴,40	90 年 12 月 27 日	麻醉備藥 (醫療輔助行為)	醫師法 28 前段	有期徒刑 5 月，易科罰

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
	臺灣臺灣高等法院	90,上訴,3468	衛署醫字第 0900076899 號函		護理人員法§24	金，緩刑3年
	最高法院	94,台上,1403				
31	臺灣新竹地方法院	101,竹簡,758	65年4月6日衛 署醫字第107880 號函、65年6月 14日衛署醫字第 116054 號函、83 年11月28日衛 署醫字第 83068006 號函	診斷處方(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	有期徒刑6月，易科罰金
32	臺灣苗栗地方法院	86,易,676 號		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑1年10月有期徒 刑1年6月
	臺灣高等法院臺中分院	88,上訴,417				
33	臺灣苗栗地方法院	100,醫訴,1		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑1年8月
34	臺灣南投地方法院	95,訴,26	72年1月4日衛 署醫字第405771	注射疫苗(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	無罪
	臺灣高等法院臺中分院	95,上訴,771	號函		醫師法§11	上訴駁回

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
	最高法院	98,台上,2280				
35	臺灣臺中地方法院	96,醫訴,7	97年7月1日衛署醫字第	氣管外管更換(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段 護理人員法§24	無罪
	臺灣高等法院臺中分院	97,醫上訴,2668	0970206340 號函			上訴駁回
36	臺灣臺中地方法院	97,訴,7		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	無罪
	臺灣高等法院臺中分院	98,醫上訴,2134				
37	臺灣彰化地方法院	96,聲判,14	80年7月16日 衛署醫字第 942103 號函	氣管外管更換(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	聲請駁回
					護理人員法 24II	
38	臺灣彰化地方法院	94,訴,1674	96年4月9日衛署醫字第	麻醉及硬脊膜外自體血液修補術 (醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	無罪
			0960204435 號 函、94年12月 13日衛署醫字第 0940063326 號函			
39	臺灣彰化地方法院	101,訴,756		胎盤素注射小針美容(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 10 月。緩刑 4 年

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
40	臺灣彰化地方法院	101,簡,1654		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 8 月，緩刑 3 年
41	臺灣彰化地方法院	101,聲判,11	96 年 5 月 16 日 衛署照字第 0962801033 號函	解釋病情(護理師自主為之)	醫師法§28 前段	聲請駁回
42	臺灣彰化地方法院	102,聲判,6	民國 90 年 3 月 12 日衛署醫字第 0900017655 號	照 X 光(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	聲請駁回
43	臺灣南投地方法院	100,訴,435		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 6 月，易科罰金
44	臺灣南投地方法院	99,訴,194		傷口縫合(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 5 月，易科罰金
45	臺灣雲林地方法院	89,易,392		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	無罪

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
46	臺灣嘉義地方法院	99,醫訴,3		飛梭雷射(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	公益罰金 20 萬,緩刑 2 年
47	臺灣高雄地方法院	98,醫訴,1		脈衝光治療(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	罰鍰
48	臺灣高雄地方法院	99,醫訴,6	91 年 9 月 23 日 衛署醫字第 0910062996 號函	判讀 X 光(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	上訴有期徒刑 1 年
	臺灣高等法院 高雄分院	100,醫上訴,1				
	最高法院	101 台上, 2899				
49	臺灣高雄地方法院	95,醫訴,5	94 年 3 月 4 日衛 署醫字第 0940005560 號函	置放鼻胃管(醫療輔助行為)	醫師法§28 前段	有期徒刑 8 月,緩刑 2 年
	臺灣高等法院高雄分院	95,醫上訴,5				
50	臺灣高雄地方法院	99,醫訴,1		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 10 月
	臺灣高等法院高雄分院	99,醫上訴 4				
51	臺灣高雄地方法院	101,醫訴,2		病情改變告知醫師(護理師自主為之)	業務過失致死刑法§267II	有期徒刑 6 月,緩刑 2 年

編號	管轄法院	字號	衛生福利部函釋	受爭議的醫療行為	涉及條文	裁判結果
52	臺灣高雄地方法院	89,易,4017		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法§28 前段	有期徒刑 1 年月，緩刑 4 年
	臺灣高等法院高雄分院	89,易,417				
53	臺灣花蓮地方法院	99,訴,28		診斷處方(醫師親自為之)	醫師法 28 前段	有期徒刑 6 月易科罰金
	臺灣高等法院花蓮分院	99,上訴,179				
	最高法院	99,台上,7119				

