

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：國立台灣大學醫學院附設醫院、台北市政府消防局。

貳、案由：國立台灣大學醫學院附設醫院火災預防不力，擅自關閉地區火警鈴，且未落實消防安全設備之維護管理及檢修申報，亦未能發揮救災協助功能及有效指揮疏散；且台北市政府消防局對於火災認定失誤，致該局局長未即時到場指揮，均有疏失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

國立台灣大學醫學院附設醫院(下稱台大醫院)東址院區於民國(下同)80年9月落成啟用，係供病患住院、檢驗、手術之用，並設有急診區。97年12月17日晚上7時22分發生火災，造成4間手術室損毀，病患張憲雄被搶救至加護病房即出現心肺衰竭現象，仍於同年月18日凌晨0時5分死亡，並有13位醫護人員及駐衛警遭濃煙嗆傷，引起社會重大關注。案經本院辦理現場履勘、詢問相關人員及舉行專業諮詢會議，並調取相關卷證審閱，業已調查竣事，茲臚列本案相關違失事項如下：

一、台大醫院火災預防不力，對於既存已久之危險因子未能汰舊換新，造成一發不可收拾之大火，核有疏失。

(一)按醫療法(75年11月24日制定公布)第11條第3項規定：「醫療機構之設置標準，由中央衛生主管機關定之。」依據「醫療機設置標準」附表(一)綜合醫院建築物之設計、構造與設備規定，應符合建築法及其有關法規規定。台大醫院東址院區係於77年間依據建築法第24條規定，公有建築應由起造機關將決定之建築計畫、工程圖樣及說明書，向台

北市政府主管建築機關請領建築執照。並依同法第28條第1項第1款規定，以符合建築技術規則建築設備編第3章規定之消防設備，因新建建築物而請領建造執照，當時並不適用內政部78年7月31日以台警字第715824號令訂定「各類場所消防安全設備設置標準」，亦不適用內政部85年5月29日函頒之「建築物室內裝修管理辦法」，合先敘明。

(二)依據「建築物公共安全檢查簽證及申報辦法」第3條規定，辦理建築物公共安全檢查簽證，應製作檢查報告書，其中報告書「二、檢查紀錄(一)防火避難設施類3、內部裝修材料」之檢查核對內容訂有「無材料不符」、「有使用許可」及「與原核准圖說符合」等項目。惟查台北市政府消防局所提火災原因調查鑑定指出，台大醫院東址院區4樓手術室旁之醫材庫房南側污走道天花板，係將日光燈組設置於溝槽內作為間接光源，溝槽頂板係以木板材質裝修，經綜合研判起火原因以日光燈因故短路引燃周邊可燃物，致起火燃燒之可能性較大。

(三)詢據台大醫院工務室查復，日光燈成本每支17元，開刀房之日光燈若有故障，經電話通知換修，電工房即派員更新，依日光燈的使用壽命，平均每年日光燈均換修1次，當初日光燈設計為間接光源，溝槽都是木板材質裝修，非為新設裝修。台大醫院正進行更換公共區之日光燈為省電照明設備，但開刀房為管制區，尚未更新云云。有關起火原因之專家諮詢意見略以：「火災發生必須具備火源、可燃物及空氣三要件，醫院建築之天、地、牆等固定之內裝材料均應為不燃材料，所以一般不將天花板內視為起火點，而設定起火點為天花板下之移動式可燃物，故將熱、煙等探測器設置於天花板上並無不

妥，且國外亦同。因此火災預防方面，內裝材料之澈底不燃化是重點，亦要加強注意電器用品之選用、管理維護及避免過負載使用。」

(四)據上，台大醫院 97 年 12 月 17 日發生火災之原因，係因日光燈座內部配線短路，引燃木板製作之安裝溝槽，顯見該院未重視火災預防工作，未有完善之電器設備管理機制，且對於既存已久之危險因子未進行汰舊換新，造成一發不可收拾之大火，核有疏失。

二、台大醫院建築防火區劃不佳，擅自關閉地區火警鈴，且未落實消防安全設備之維護管理及檢修申報，致火警探測通報失效，顯有疏失。

(一)按消防法第 6 條第 1 項第 1 款規定，依法令應有消防安全設備之建築物，其管理權人應設置並維護其消防安全設備；同法第 9 條第 1 項規定：「依第 6 條第 1 項應設置消防安全設備場所，其管理權人應委託第 8 條所規定之消防設備師或消防設備士，定期檢修消防安全設備，其檢修結果應依限報請當地消防機關備查。」依據「各類場所消防安全設備檢修及申報作業基準」規定，醫院等場所每半年應委託消防設備師或消防設備士辦理檢修申報，另依「消防機關受理消防安全設備檢修申報及複查注意事項」規定，台大醫院屬規定之甲類場所，每年應至少複查 1 次以上，以查核消防專技人員是否落實檢修，及消防安全設備是否維持正常功能之使用狀態。

(二)查台北市政府消防局火災原因調查鑑定書指出提及：「火警分區以第 24 區先發報，其次約 3 秒後第 23 區、第 25 區、第 22 區均發報，此 4 區幾乎是同時發報，考量第 24 區醫材車一帶為長走道結

構，第 23 區、第 25 區及第 22 區應不可能在如此短暫時間(約 3 秒)即發報，排除起火位置為天花板下方醫材車一帶。又因天花板至樓板間約有 1.5 公尺之距離，初期火勢若侷限於天花板以上高度，煙、熱蓄積在上部(天花板與樓板間)，煙、熱水平延伸並蓄積在樓板下方，並延伸至第 23 區、第 25 區、第 22 區，當煙、熱向下蓄積，直至天花板下方之探測器受熱後同時發報。」是以，火警探測器於火災發生初期並未發揮應有功能。

- (三)又查消防署支援協助本案勘查火場情形摘要表，對於消防安全管理問題之記載：「台大醫院考量各樓層病人安全及恐因誤報造成避難驚慌，故火警受信總機之地區警鈴平時是關閉的，造成起火處現場之地區警鈴並未同時動作。…起火處(污走道)上方原有撒水頭均已受燒嚴重變形，且未進行撒水動作，經現場找尋發現該撒水區之自動警報逆止閥疑似故障關閉。…此棟係 77 年建造，80 年取得使用執照，建築物本身僅設有梯間排煙，尚無室內排煙設備，且管道間貫穿防火區劃之孔隙係以鏤空鐵板設置，致濃煙並無法於第一時間排出。」
- (四)有關消防安全設備之檢測，詢據台大醫院表示：「每年 1 月、4 月、7 月及 10 月消防安全設備檢修申報，台大醫院以公開招標方式委由廠商辦理。」又查台大醫院 97 年 7 月 7 日制定消防防護計畫之附表 5 「消防安全設備檢查紀錄表」之項別「自動撒水設備」勾選「符合」、「火警自動警報設備」亦勾選「符合」。再查台大醫院 97 年 2 月 4 日院長室晨會執行追蹤表，有關東址中控室 24 小時皆有專人監控，一旦火警警報時人員能立即反應，從東址大樓啟用至今，均採在火警警報系統功能正常運作情

形下，僅關閉其中之地區音響，其他功能均正常警戒，倘遇有警報發生，中控室會有主警鈴動作，值班人員會依消防標準作業程序通知消防班、駐警隊、東址電工房現場查明處置，確定屬真火警後，才會將地區警鈴送出，併通知總機廣播。是以，台大醫院平時即將地區火警鈴全面關閉，未能確保消防安全設備是否正常運作，造成4樓手術室醫護人員均未聽到警鈴聲響。

(五)火災之發生往往起於星星之火，若能儘早探知火災之發生，即可進行滅火搶救之因應措施，並增加避難逃生之可用時間，本案屬電能轉變而發生熱之電氣火災，日光燈座內部配線短路係因電器通電部與電線導體相互接觸，或因電線兩極間同時接觸其他之導體，造成大量電流通過而產生銅線熔解之短路現象，自火源產生而無焰著火、發焰著火、起火至最盛期，其過程時間之長短係受火災原因之種類、發生之場所位置、空氣供應之條件及建築物之造等因素所影響。

(六)綜上，初期火勢雖侷限於天花板與上部樓板間，在探測器未感測到煙與熱之情況下，因管道間貫穿防火區劃之孔隙係以鏤空鐵板設置，防火區劃不佳，造成24區等4個分區之煙熱蓄積；復以探測器感應到火警訊號時，地區警鈴並未同時動作，且起火處受燒最嚴重之撒水頭，未進行初期滅火之撒水動作，導致正在手術室開刀之醫護人員無法於第一時間得知火警訊息，而延誤緊急避難之黃金時間。是以，台大醫院建築防火區劃不佳，擅自關閉地區火警鈴，且未落實消防安全設備之維護管理及檢修申報，致火警探測通報失效，顯有疏失。

三、台大醫院初期滅火無效、通報機制失靈，未提供火場

動線及人員受困之訊息，亦未引導消防人員至災害現場，且未能發揮救災協助功能，明顯與消防防護計畫所載事項不符，均有未當。

- (一)按消防法第 13 條第 1 項規定：「一定規模以上供公眾使用建築物，應由管理權人，遴用防火管理人，責其製定消防防護計畫，報請消防機關核備，並依該計畫執行有關防火管理上必要之業務。」同法施行細則第 15 條第 1 項規定：「消防防護計畫應包括自衛消防編組…火災及其他災害發生時之滅火行動、通報聯絡及避難引導等事項。」又依醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 5 條規定：「醫院發生緊急災害時，應立即採取應變措施，並迅速聯繫警察、消防、衛生及其他有關機關，即時支援搶救。」
- (二)查台大醫院 97 年 7 月 7 日制定消防防護計畫之附件 8「自衛消防編組表」有指揮班、通報班、警戒班、滅火班及避難引導班，任務內容包括：1、指揮班要向消防隊提供情報，引導至災害現場，重點：「指引往起火場所之最短通道、引導至進出口…有無受困者、受傷者。」2、通報班要向消防機關通報，並確認已通報，重點：「火災！在中山南路 7 號○樓，附近有聯合辦公大樓，在○樓的○病房燃燒。報案人電話：23123456 轉(分機號)。」…4、滅火班要指揮地區隊(使用滅火器、消防栓)展開滅火工作，並與消防隊連繫並協助之。…必要裝備：「各居室、避難出口之萬用鑰匙…其他必要之器材。」又該計畫之附表 3「防火避難設施自行檢查紀錄表」檢查重點 6「安全門未上鎖」，檢查結果為「符合」。惟詢據台北市政府消防局第一時間到達現場之搶救人員指出：「依據報案資料顯示，救

災車輛應從林森南路台大醫院籃球場進入，到達現場人員已看到火舌從窗戶冒出，即自行破壞1樓安全門後，立即從東南側部署水線上4樓，此時4樓防火門無法由外開啟，同仁從旁邊打開管道間門，發現矽酸鈣隔板有煙及火焰冒出，判定此處可能是起火點，由同仁破壞矽酸鈣隔板，射水攻擊火點。…我們在第1時間無法找到醫院相關人員，甚至我曾詢問醫院人員4樓開刀房從哪個樓梯可以上去，也沒人知道，更遑論第1時間內要知道開刀房內是否有人受困？」

(三)又詢據台大醫院消防班及駐警隊人員表示：「我們在7時22分接到電話，就立刻上去4樓現場，不超過2分鐘，…上去一看，濃煙迅速急竄，電梯間就在旁邊，我們先快速下去背氧氣筒再上去，進行消防的任務，大約7時40分，我們在恢復室門口附近處理排煙動作。」「我們於23分到現場，有打119，告訴119消防局火場在徐州路那一面，我要急診室駐警到徐州路急診門口去帶路，消防局的人已經在那裡…大約23分、24分左右，黑煙大量竄出。」然查台北市政府消防局救災救護指揮中心(119)之火警報案通聯紀錄顯示，第一通報案電話係於當日7時27分，由台大醫院外面看到起火之民眾報案：「台大醫院後面這邊起火了…林森南路這一條進來…趕快哦！醫院裏面哦！我是外面看到的。」經民眾陸續報案後，台大醫院卻遲至7時34分及38分始報案，且未具體提供火場動線及人員受困之訊息。

(四)另詢據台北市政府消防局查復台大醫院提供救災協助之說明略以：「第一批到達現場消防人員自行進入火場，並無人引導，且該局相關人員並未接獲

台大醫院提供鑰匙，僅第 4 大隊長吳武泰表示，其於當日約 8 時 15 分左右到達現場，至急診室詢問有無平面圖提供救災人員作為搶救上之參考，約於 8 時 30 分交付 1 本醫院平面圖予吳大隊長。」又詢據現場指揮官簡任技正許景盛指出：「我在林森南路那邊試圖找台大醫院的負責人，但沒有聯絡上，後來因莫大隊長已接觸台大醫院人員，所以我留在林森南路側指揮。我 8 點多在無線電裡知道裡面還有人受困，大約於 9 點多在大廳接觸到台大醫院指揮人員。」

(五) 綜上，台大醫院消防班人員初期滅火無效，駐警人員通報機制失靈，未向台北市政府消防局相關人員提供至火場動線及人員受困之訊息，安全門上鎖且未引導消防人員至災害現場，亦未提供平面圖及萬用鑰匙，以有效協助消防救助，明顯與消防防護計畫所載事項不符，均有未當。

四、台大醫院未妥善訂立緊急及災難事件病患疏散作業規範，緊急應變未提供安全管制，且未有效指揮和疏散路線引導，應予檢討改進。

(一) 依據醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 6 條規定：「醫院應訂定緊急災害發生時之疏散作業方式，規劃病人、員工及醫療設備疏散之路線、疏散地點及病人運送方式，並保障疏散過程中，相關人員之安全。」同辦法第 11 條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各 1 次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。」此係按醫療法第 25 條第 2 項規定所訂定，並為保障病人權益而設有災害應變及平時防災演練之機制。

(二) 查台大醫院「手術室緊急應變與疏散作業程序



書」，雖訂有手術室於夜間或假日發生火災，必須進行緊急疏散時，由護理主管判斷是否需請求人力支援；且規定手術室緊急事故發生時，以病人、家屬及工作人員安全為主，所有工作人員均遵從指揮人員之安排，及規範手術室工作人員熟悉緊急應變措施訓練，並分別針對火災或停電訂有因應計畫。惟未載明由何人決定進行現場緊急疏散，且指揮人員之定義不明，又此次火災濃煙造成搶救不及，同時面臨斷電事宜，均非以往演練狀況，台大醫院應切實檢討改進。

- (三)又查台大醫院「緊急及災難事件病患疏散作業」，雖明定緊急及災難事件發生時，病患疏散作業之進行分成4個階段疏散，第1階段先移出災難地點；第2階段「水平移動」：移至建築物同一樓層的其它位置，必需在防煙閘門之外；第3階段「垂直移動」：視指揮官的指定移至比較低(少數是高)的樓層；第4階段則是移出該棟建築物。當日該院東址院區僅手術室附近起火，各區域及各樓層所受濃煙產生之影響不一，部分病房試圖打開窗戶排煙，卻找不到窗戶鑰匙，而進行疏散作業。據台大醫院指出，東址54個病房單位於次日向護理部回報資料，有20個單位於當時先採取水平疏散方式進行病人及家屬疏散，其餘34個單位則直接以垂直疏散方式直接疏散病人。其中仍有病患自行離院或被家屬推至院外，且台大醫院提供疏散統計數據前後不符。
- (四)據上，台大醫院所訂緊急及災難事件病患疏散作業規範，對於現場緊急疏散、斷電等權責及指揮人員之定義不明，緊急應變疏散紊亂，亦未提供安全管制，且未有效指揮和疏散路線引導，應予檢討改進。

五、台北市政府消防局驟然認定台大醫院不屬重要公共設施，草率認定台大醫院火災僅為成災火警案，核有疏失。

(一)依據「各級消防機關救災救護指揮中心作業規定」第5點第3項第1款第2目規定，火災之重大災害標準係指：「1、死亡2人以上、4人以下，死傷合計15人以上、29人以下…或財物損失達5百萬元以上之火災者。2、重要場所(軍、公、教辦公廳舍或政府首長公館)、重要公共設施發生火災者。3、火勢燃燒達2小時以上，損失、傷亡一時難以估計；惟可預期災害損失甚大者。4、具有影響社會治安重大之火災者。…」台北市政府為加強火災搶救及善後處理訂有「台北市火災處置要點」，該要點第2點第2項對於重大火災亦類此規定。

(二)台大醫院東址院區於97年12月17日發生火警，台北市政府消防局救護指揮中心於晚間7時27分受理報案，至9時10分回報火災撲滅。詢據台北市政府消防局查復略以：「本次台大醫院火災案，燒損集中於起火點附近面積約80坪之處，造成2人受傷，無人員因火災造成死亡。依據內政部消防署函頒之『消防機關辦理火災後建築物及物品損失估算暫行基準』，財物損失預估約30萬元。又依各級指揮人員回報情形及本局救護指揮中心評估結果，不符合重大火警標準。」

(三)惟台大醫院位於台北市中正區，屬教學醫院、醫學中心等級之公立醫院，其東址院區為地上16層地下4層鋼筋混凝土結構建築物，全棟總樓地板面積為280,232平方公尺，內有病床數3,213床，且前往探病民眾或病人多達1,500人以上。台大醫院此次火災延燒近2小時，造成病患張憲雄搶救不及而

意外死亡，並有 13 名醫護人員及駐衛警遭濃煙嗆傷，且台大醫院僅投保建築物本體之火災保險，內部醫療儀器未在投保範圍的情況下，初估火險理賠總額即近 4 千萬元，顯然財物損失已逾重大火災 5 百萬元之標準。

- (四)查內政部消防署為統一消防機關對火災後之建築物及物品損失估算方式，訂有「消防機關辦理火災後建築物及物品損失估算暫行基準」，其中火災後建築物(房屋本體、裝潢)及物品之火災損害估算基準，應包含被燒損、水損、煙薰致使不堪使用之財物損失；且據台大醫院表示，此次火災所造成財物損失高達 3 億元以上。是以，台北市政府消防局驟然認定台大醫院不屬重要公共設施，僅估算燒損面積 80 坪範圍內建築物之損害為 30 萬元，草率認定台大醫院火災僅為成災火警案，核有疏失。

六、台北市政府消防局接獲台大醫院火災報案後，通報作業遲緩，且延誤通報該局局長到場擔任總指揮官，又局長接獲通知後並未明快處理，應予檢討。

- (一)依據「直轄市、縣(市)消防機關火場指揮及搶救作業要點」第 5 點第 1 項規定：「消防機關接獲火警報案派遣人車出動，應同時指派適當層級救火指揮官到場指揮…研判災情達成災標準時，應通報大(中)隊長到場指揮；可能達重大火災層級時，則應通報消防局局長到場擔任總指揮官…。」係內政部消防署為提昇各級消防機關火場指揮能力，強化火災搶救效率，發揮整體消防戰力，以確保人民生命財產安全所訂定。

- (二)又依據「各級消防機關救災救護指揮中心作業規定」第 5 點第 2 項規定略以：「遇有災害發生，應立即陳報、通報，並嚴守不遲報、不漏報、不匿報

及不誤報之紀律。…報告時應考量狀況大小、災害程度、災害性質。遇重大災害時，應即時向上級機關或首長同步報告…持續掌握災害現場及災情，並貫徹初報、續報、結報之作業程序。」係內政部為統一各級消防機關救災救護指揮中心執勤方式，並明訂指揮、調度、管制、聯繫之作業要領。

(三)本案台北市政府消防局於晚上 7 時 27 分接獲通報，於 7 時 35 分通知總值日官許景盛簡任技正，7 時 42 分通知指揮中心畢幼明主任，事發 33 分後始於 8 時正通報熊光華局長，導致該局局長、副局長及主任秘書等高階人員均未到達現場。詢據台北市政府消防局查復略以：「消防局長與考試院伍錦霖副院長及數位考試委員，於晚上 7 時在台北市忠孝東路 5 段餐敘。局長 8 時餘接獲通知時，已準備結帳趕赴現場，嗣因現場已逐步獲得控制，故未立即趕赴現場。」顯見該局對本次火災之搶救處置欠當。又內政部消防署當日於晚上 7 時 59 分、8 時 10 分、8 時 18 分、8 時 26 分、8 時 32 分、8 時 36 分等 6 次向台北市政府消防局要求將本案重大災害報告單依規定上傳該署，台北市政府消防局遲至 8 時 49 分始完成初報上傳，而未能即時有效通報。

(四)據此，台北市政府消防局接獲台大醫院火災報案後，通報作業遲緩，且延誤通報該局局長到場擔任總指揮官；又局長接獲通報後，並未瞭解現場財物損失情況、人員疏散及受困情形，竟擅自作主而未緊急到場指揮搶救，亦未有戒慎意識以力求切實，紊亂指揮體系之標準作業程序，致招媒體對此大肆報導，影響消防救災人員之形象，應予檢討。

綜上所述，台大醫院火災預防不力，擅自關閉地區火警鈴，且未落實消防安全設備之維護管理及檢修申報，亦

未能發揮救災協助功能及有效指揮疏散；且台北市政府消防局對於火災認定失誤，致該局局長未即時到場指揮，均有疏失，爰依監察法第 24 條提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。