

調 查 報 告

- 壹、調查緣起：本案係委員自動調查。
- 貳、調查對象：行政院衛生署、台北市政府、台北市政府衛生局、台北市立醫院仁愛院區。
- 參、案由：報載：「1名遭受酒醉父親家暴而造成顱內出血之4歲女童，在送醫後卻因北部各大醫院『沒有空的神經外科加護病床』，被迫由台北轉往台中縣童綜合醫院就醫，期間耗費5、6個小時，無法即時開刀治療，導致女童雖經緊急治療開腦，仍不治身亡」，究竟實情如何，主管機關有無疏失，應有深入瞭解之必要。
- 肆、調查依據：本院94年1月14日(94)院台調壹字第0940800004號函、94年1月19日(94)院台調壹字第0940800012號函。
- 伍、調查重點：
- 一、本案相關法令規定。
 - 二、邱童後送至仁愛院區急診室之處置。
 - 三、仁愛院區急診室與腦神經外科之聯繫情形。
 - 四、EOC聯絡各醫院之情形。
 - 五、台北市政府衛生局對本案之調查情形。
 - 六、台北市政府對失職人員之懲處。
 - 七、台北市衛生局之檢討及因應措施。
 - 八、相關疑點之釐清。
 - 九、仁愛院區對於急診、會診相關作業之管理。
 - 十、台北市政府對於本案之處理及檢討情形。
 - 十一、衛生署對於國內緊急醫療照護系統之建置情形及病床資源之調度機制。
- 陸、調查事實：

一、本案相關法令規定：

- (一)依據緊急醫療救護法 35 條規定：「醫院對緊急傷病患應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構或報請救護指揮中心協助。」同法第 37 條規定：「急救責任醫院應辦理下列緊急醫療業務：一、全天候提供緊急傷病患醫療照護。二、接受醫療機構間轉診之緊急傷病患。三、指派專責醫師指導救護人員執行救護工作。四、辦理醫事人員及救護人員之緊急救護訓練工作。五、主動提供緊急醫療救護指揮中心救護資訊。六、其他經衛生主管機關指派之緊急救護工作。」
- (二)依據醫療法第 60 條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」同法第 73 條規定：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第 60 條第 1 項規定，先予適當之急救，始可轉診。」
- (三)依據醫師法第 11 規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」同法第 21 條規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」同法第 25 條規定略以：「醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：一、業務上重大或重複發生過失行為。四、執行業務違背醫學倫理…。」

二、邱童後送至仁愛院區急診室之處置：

(一)邱童受暴之經過情形：

- 1、邱童父親邱○○先生、母親顏○○女士於 89 年 1

月 15 日經戀愛結婚，同年 4 月 30 日產下邱童，92 年 8 月 8 日離婚。結婚第 1 年由邱父工作負擔生計，第 2、3 年由邱母至餐廳工作養家。離婚後協議邱童歸邱父撫養。

- 2、據邱父表示，離婚原因係因邱母第一銀行信用卡有遲繳紀錄，邱父欲辦理大眾銀行及台新銀行之現金卡及房屋貸款，乃向邱母提出辦理離婚，邱母同意，惟 2 人仍共同生活至 92 年 12 月。邱母之母因認邱父工作不穩定，乃要邱母搬回娘家住。
- 3、至於對邱童之管教，據邱父表示只有在邱童有錯時才會打，大部分都是以右手打邱童之左耳光，打過 5、6 次，其中有 1 次，把邱童打成淤青，邱母認為打得太重，另有過酒後打邱童之情形，但未把邱童打傷。
- 4、邱父於 94 年 1 月 9 日晚間 6 時許，前往吳興街朋友處餐敘至晚間 10 時左右。離開後，邱童想去麥當勞溜滑梯，邱父乃帶邱童至光復北路國父紀念館對面之麥當勞玩，將近 11 時離開，準備至對向走道攔車，在案發地點之便利商店前遇到朋友「阿昌」，遂與阿昌站著聊天。期間因邱童想睡覺，邱父乃抱著邱童靠在其肩膀上睡覺，聊至 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時，邱父對邱童說「我抱累了，妳下來走一下，等一下就回家」，因邱童就哭鬧起來，氣憤之下，乃動手打邱童，先以右手打邱童左臉 6、7 下，剛打時，邱童閃躲，閃躲過程中，邱童頭部被邱父打到而倒下，邱父以為邱童還想睡覺，但叫了 3、4 分鐘，邱童都叫不醒，警察很到即到現場，因仍叫不醒邱童，警察乃叫救護車把邱童送醫，並把邱父帶至派出所。

(二)邱童後送至仁愛院區急診室之過程：

- 1、台北市政府消防局 119 救護指揮中心於 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時 38 分接獲警察局 110 勤務中心通知，台北市光復南路 262 號 1 樓前有人打架受傷，安和分隊遂派隊員戴○○、吳○○駕駛救護車前往救助，於 1 時 43 分到達現場，發現不知姓名，年約 5 歲之小女孩。經評估患者生命徵象：意識對聲音有反應、躁動、呼吸每分鐘約 18 次、脈搏約 60 次、血壓橈動脈可摸到，除額頭瘀青外，無明顯外傷。初步急救處置後，因患者身分不明，且疑似家暴受害，爰就近送往台北市立急救責任醫院救治。
 - 2、本案案發地點在台北市大安區，該區之急救責任醫院包括台北市立聯合醫院仁愛院區、國泰綜合醫院、中心診所醫院及宏恩醫院，因受害者為年約 4 至 5 歲之小女孩，且疑似家暴、無家屬陪同送醫，為利後續處理事宜，故後送至台北市立聯合醫院仁愛院區，以方便警政、社會、衛生等各項資源即時介入協助處理。
- (三)仁愛院區急診室為邱童所為之醫療處置：
- 1、邱童於凌晨 1 時 55 分送達仁愛院區，到院時之生命徵象為：心跳 (PR) 每分鐘 280 次、呼吸 (RR) 每分鐘 26 次、體溫 (BT) 35 度、血氧濃度 (SpO₂) 89%，昏迷指數 (GCS) 為 7 分 (E1M5V1；眼球 1 分、運動 5 分)，由急診科總住院醫師曾○○及主任李○○醫師共同診治。臨床症狀為：意識昏迷、右側肢體乏力、兩側瞳孔不等大、頭部左側有新舊瘀傷。
 - 2、到院後，醫護人員即施以高級外傷救命術處置(給氧、裝監視器、打點滴、抽血等)，2 時 5 分為邱童進行電腦斷層掃描檢查，2 時 14 分檢查發現邱

童硬腦膜下腔出血，2 時 29 分再回急診室進行胸部 X 光檢查，2 時 30 分在小手術室由急診室主任李○○醫師為其插入氣管內管、接上呼吸器並予急救藥物。

- 3、經電腦斷層掃描診斷為右側硬腦膜下出血，主診斷為創傷性右側硬腦膜下出血，次要診斷為兒童受虐。當時治療方向與可能方案包括在仁愛院區開刀（含術後照護）、轉院開刀（含術後照護）及留置急診（非手術治療）病況惡化 3 方案。
- 4、因邱童之診斷為硬腦膜下出血，經照會神經外科林○○醫師，會診意見建議轉院，至於轉院之執行則由急診科負責。急診科主任李○○醫師曾建議在急診加護病房加床，然未為林醫師認可。經四次電話聯繫後，因神經外科林○○醫師於當日凌晨 4 時 10 分左右，以電話轉述該科主治醫師劉○○已傳達轉院之決定，故李○○主任於凌晨 4 時 50 分決定將邱童轉院至梧棲童綜合醫院。轉出時之昏迷指數為 5T（6）分。

時間	檢查處置	執行醫師
1 時 55 分至 2 時 5 分	理學檢查神經學檢查。	李○○、曾○○醫師
	給氧、生命徵象、血氧監測，打點滴，抽血檢查。	護士依醫囑執行
2 時 5 分	聯絡神經外科醫師（總機呼叫）。	李○○醫師
2 時 10 分至 2 時 20 分	頭部電腦斷層掃描。	李○○、曾○○醫師醫囑
2 時 29 分	胸部 X 光檢查。	李○○、曾○○醫師醫囑
2 時 31 分	Bosmin 0.2mg（腎上腺	吳○○醫師（小

	素 0.2 毫克)。	兒科)
2 時 31 分至 2 時 40 分	小兒甦醒球強迫給氧。	李○○醫師
2 時 35 分	Valium 5mg (插管前給藥)。	李○○、吳○○醫師
2 時 40 分	氣管內管插管。	李○○醫師
2 時 41 分	接上呼吸器，給予機械通氣。	李○○、吳○○醫師
2 時 41 分至 2 時 49 分	神經外科會診 (第二次通話) 及開始聯絡外院病床。	李○○醫師 護理人員聯絡 臺北市政府衛生局 災難應變指揮中心 (EOC) 及外院
2 時 55 分	抽血檢查動脈氣體分析。	李○○醫師
2 時 59 分	滴邁尼妥 (Mannitol) 降腦壓。	李○○醫師
3 時至 5 時	持續性給氧。生命徵象、血氧監測、呼吸器機械通氣、靜脈輸液。	李○○醫師
4 時 40 分至 5 時	轉院前準備 (加護型救護車、兩套氧氣設備、兩套通氣設備、兩套監測設備、急救藥物)。	李○○醫師

註：邱童於此期間之生命徵象穩定，昏迷指數由 7 降為 6 (5T) 分、瞳孔漸漸放大。

(四)仁愛院區急診室聯絡轉院之情形：

- 1、仁愛院區急診室值班護理人員林○○、王○○、張○○、董○○四人，透過電話於凌晨 2 時 39 分起與臺北市政府衛生局災難應變指揮中心 (EOC) 及 19 家醫院急診室聯絡 (依護理同仁之

回憶，聯絡之醫院包括：中興、和平、陽明、忠孝、國泰、台大、台北及淡水馬偕、三總、空總、新光、北醫、萬芳、博仁、康寧、榮總。非臺北市急救責任醫院：亞東、耕莘、恩主公、林口長庚)。聯絡之內容為：4 歲女童、家暴、SDH、須開刀、氣管插管。聯絡結果為無床位。惟仁愛院區並無電話紀錄資料或相關之錄音帶內容。

- 2、EOC 接獲仁愛院區求助電話時表示，正協助衛生署台北醫院轉出 1 名肺炎病危病患及轉送 1 名財團法人振興醫院到院前死亡 (DOA) 之病患，爰請仁愛院區急診室同仁以台北市緊急醫療系統專屬之四碼專線電話查詢其他台北市急救責任醫院有無空床，另請其就「緊急醫療管理系統」中顯示當時有床之國泰綜合醫院詢問病床事宜，並向其他急救責任醫院再次確認。凌晨 3 時 30 分，仁愛院區急診室同仁經聯絡 16 家台北市急救責任醫院及 4 家非台北市急救責任醫院，各醫院均回復無病床，仁愛院區急診室同仁爰於凌晨 3 時 37 分第二次聯絡 EOC 請求協助，並聯繫台北區域以外之醫院，EOC 於凌晨 4 時 30 分獲知梧棲童綜合醫院可收治邱童。至於仁愛院區與 EOC 之通話內容如次：

時間	通話內容
仁愛院區護士撥打 EOC (凌晨 2 時)	<p>仁愛：妳好！我這裏是仁愛醫院，我們有 1 個大約 4-5 歲不詳女 ICH，她好像是家暴的。</p> <p>EOC：可是台北縣市沒有神外，國泰報給我們說有 1 張，我現在正在幫署北問床。妳要不要先問台北國泰？</p> <p>仁愛：國泰是不是，不知道他們要不要？</p> <p>EOC：對喔，妳還是問問看好了。</p>

45 分)	
仁愛醫院曾○醫師撥打給 EOC (凌晨 3 時)	<p>仁愛：妳好！我這邊仁愛急診，我們剛剛那個 SDH 的小朋友還是沒有床怎麼辦？</p> <p>EOC：那就要外縣市囉！可能要到桃園或新竹。</p> <p>仁愛：那你們能幫我問嗎？不然問那一大堆。</p> <p>EOC：你在把資料給我吧。她是家暴的！</p> <p>仁愛：她有 SDH 右邊，等一下，左邊，反正她是右邊 pupil 是已經 dilate，然後沒有 light reflex，然後中間有 shift 一下，是一定要開的。</p>
37 分)	<p>EOC：她被打，是爸爸還是媽？</p> <p>仁愛：對啊，被爸爸打。</p> <p>EOC：你說 3-4 歲嗎？</p> <p>仁愛：對，反正年齡通通不知道。</p> <p>EOC：那身上有什麼傷？</p> <p>仁愛：反正四處都有新舊的瘀青。</p> <p>EOC：這樣子喔！那現在有家屬嗎？</p> <p>仁愛：有家暴中心的社工。</p> <p>EOC：那 coma scale？</p> <p>仁愛：coma scale 喔，E1VTM4。</p> <p>EOC：M4 喔！那 vital sign？</p> <p>仁愛：vital sign？125/61 HR：147。</p> <p>EOC：好，那聯絡到再跟你講。Bye Bye</p>
EOC 撥打給仁愛區急診護士 (凌晨 4 時)	<p>仁愛：喂！急診妳好！</p> <p>EOC：我是 EOC，沒有床。</p> <p>仁愛：都沒有床喔！</p> <p>EOC：可是有一家是中壢，楊梅天晟啦！是他們醫師說年紀太小了。</p> <p>仁愛：那怎麼辦？那台中高雄呢？因為真的都沒有床，那需要開刀啊！總不能擺在我們急診吧！</p>
20 分)	<p>EOC：台中啊？</p> <p>仁愛：對呀，如果不開刀她可能要回去了，對</p>

	<p>呀，因為她 mid-line shift 都偏了，對呀，麻煩妳啦！再幫我們往下問。</p> <p>EOC：好，Bye Bye</p>
EOC 撥打給仁愛院急診護士（凌晨 4 時 27 分）	<p>仁愛：聯合醫院仁愛急診你好！</p> <p>EOC：喂，我 EOC，沙鹿童綜合醫院。沙鹿！台中的沙鹿。</p> <p>仁愛：會不會太遠啦！</p> <p>EOC：沒辦法！我盡力啦！</p> <p>仁愛：他們可以收？他們可以收？</p> <p>EOC：對啊！我給妳電話。</p> <p>仁愛：台中沙鹿來回就 4 個小時。</p> <p>EOC：我已經盡力了。</p> <p>仁愛：台大有幫我們問嗎？</p> <p>EOC：台大沒有啦！</p> <p>仁愛：台大沒有床喔！</p> <p>EOC：對啊！我三總、榮總都打了，連那個桃園榮總都打了。</p> <p>仁愛：桃園榮總也有？</p> <p>EOC：對啊！沒床啊！</p> <p>仁愛：好，妳先給我電話。</p> <p>EOC：2658****。</p> <p>仁愛：那台中榮總呢？</p> <p>EOC：台中榮總。</p> <p>仁愛：沙鹿什麼醫院啊？</p> <p>EOC：童綜合啊！</p> <p>仁愛：童綜合喔！</p> <p>EOC：嗯！</p> <p>仁愛：台中榮總還沒有問。</p> <p>EOC：嗯！</p> <p>仁愛：所以妳台大有問過了？</p> <p>EOC：台大問過了。</p> <p>仁愛：沒有！</p> <p>EOC：對。</p>

仁愛：馬偕、新光都沒有？
 EOC：對，沒錯。新光你們問過了好不好。
 仁愛：喔！我知道。
 EOC：林口長庚我問過。基隆長庚我也問過。都沒有啊！恩主公…
 仁愛：都沒有？
 EOC：對，都沒有。三總也沒有、桃園 804 也沒有。
 仁愛：他們是沒有加護病房床喔？
 EOC：已經滿床了。
 仁愛：連恩主公也沒有？
 EOC：沒有。很難啦，現在要找都很難。
 仁愛：台中沙鹿喔！
 EOC：對。
 仁愛：去那邊半路會怎麼樣都不曉得。
 EOC：可是台北市問都沒有。我連小的都問了，大小都問了。
 仁愛：謝謝你。好吧！我們再聯絡看看。
 EOC：好。Bye

(五)將邱童轉出前，曾評估過長距離轉院之風險，故備妥加護型救護車、兩套氧氣設備、兩套通氣設備、兩套監測設備、急救藥物，及由具有轉診經驗之護士，攜帶數位電話，隨時反應突發狀況。仁愛院區同仁於凌晨 4 時 40 分與台北市家庭暴力防治中心社工人員張○○、李○○確定邱童之監護權，確定有權轉診邱童，爰於凌晨 5 時，以加護型救護車轉送邱童至梧棲童綜合醫院。

(六)邱童由護士蕭○○陪同，於 94 年 1 月 10 日上午 7 時 30 分到達梧棲童綜合醫院。轉診途中持續原來之處置，包括：給氧、維持呼吸道、心電圖監視器、呼吸器機械通氣及血氧監測，轉診途中之病情並無新變化，故無額外之處置。轉診中生命徵象及昏迷

指數如次：

時間	心跳(次/分鐘)	呼吸(次/分鐘)	血壓(mmHg)	血氧濃度	昏迷指數
轉出時	62	20	122/74	100%	5T(6)
6時	112	20	122/89	98%	5T(6)
7時	129	20	185/99	98%	5T(6)

(七)邱童轉至童綜合醫院後之病情發展：

1、邱童於1月11日深夜出現腦腫、瞳孔放大、昏迷指數降至5分之現象，由主治醫師李○○緊急進行手術，掀開頭蓋骨，取出約8乘8公分之腦骨後，穩住生命跡象。1月12日下午4時，邱童昏迷指數降為3分(深度昏迷)，收縮壓為90至100 mmHg，仍插管中，呼吸每分鐘約20次，腦壓60 mmHg(正常為20 mmHg)，腦壓偏高，灌食方面已加強高蛋白及生理食鹽水，仍未脫離危險，在小兒科加護病房觀察中。

2、童綜合醫院於94年1月23日經2度進行邱童之腦死判定程序後，於下午2時宣布判定邱童腦死。

三、仁愛院區急診室與腦神經外科之聯繫情形：

(一)急診室主任李○○醫師於94年1月10日凌晨曾與林○○醫師以電話聯繫4次，聯絡之內容如次：

約略時間	李○○醫師談話概要	林○○醫師談話概要	備註
2時5分	有一4到5歲家暴女童，意識不清、昏迷指數6至7分，右側乏力、兩側瞳孔不等大，需要會診	請先插上氣管內管。我們白天時，已轉出一位神經外科病患。現在全院無加護病房床位，可能還是要轉院。	李醫師請總機呼叫
2時40分	電腦斷層掃描已出來，是右側硬腦膜下出血、中線位移，需	小孩子後續照顧比較麻煩，而且全院無加護病房床位可用。	李醫師請總機

	要開刀，接下來怎麼處理。		呼叫
3 時 30 分	現在全臺北縣市都沒床，已開始找臺北縣市以外床位。急診加護病房可加一床，而且護士小姐願意照顧，要不要留下來開刀？	第二天一早我們要開腦瘤的刀，還是轉院。	李醫師 請機 總呼 叫
4 時 10 分		我和劉○○連絡，第二天一早我們要開腦瘤的刀，還是轉院。	林醫師 主來 動電

- (二) 林○○醫師係 94 年 1 月 10 日神經外科待班之第一線醫師，李○○主任呼叫時，其在宿舍內，宿舍與急診室間相距約 100 公尺，時程約 3 分鐘，然當日凌晨林○○醫師並未親自到急診室為邱童看診。僅係依據與急診醫師之電話聯繫，知邱童之電腦斷層結果及昏迷指數，經討論後判斷應進行開顱手術。惟仁愛院區表示：不能僅依據影像傳輸設備即可掌握病患之病況，尚需進行神經學等檢查。
- (三) 劉○○主治醫師係 94 年 1 月 10 日神經外科待班之第二線醫師，當日凌晨，於家中待命。與急診室距離約 10 公里，前往所需時間約 30 分鐘。當日凌晨 1 時 55 分時，並未接獲通知有急診病患送達之信息，而係於凌晨 4 時許，始接獲林○○醫師去電報告並同意林○○醫師之轉院決定。
- (四) 依據台北市政府衛生局 93 年 10 月 22 日北市衛字第 09337542100 號函修訂之「台北市醫院病患轉入轉出作業標準」，並無規定轉出前應告知專科醫師。李○○醫師於轉院當時並未告知林○○醫師邱童將轉至台中縣梧棲鎮童綜合醫院。林○○醫師於當日凌晨 5 時 30 分許主動去電急診室，始知邱童已轉往

台中手術；劉○○醫師係於同日 1 月 10 日上午 8 時晨會時，始經由林○○醫師報告，得知邱童已由急診轉至台中治療。

- (五)仁愛院區對因病情需要轉院之流程，係依據「急診病患轉院流程」辦理；至於急診室需照會其他專科之作業流程，則訂有「急診會診作業要點」。原則上，各專科均由主治醫師擔負被照會之責任，若有住院醫師擔任第一線之被會診醫師時，應安排主治醫師作為第二線支援，並負擔醫療全責，以維持急診病患之醫療品質。各專科醫療及行政作業，由各科主任擔任負責人，處理各項緊急或意外事件。護理長則協助各醫療科處理行政作業。

四、EOC 聯絡各醫院之情形：

(一)台北市急救責任醫院名單：

- 1、中正區：台北市立聯合醫院和平院區、台北市立聯合醫院婦幼院區、國立臺灣大學醫學院附設醫院
- 2、萬華區：西園醫院。
- 3、文山區：台北市立萬芳醫院。
- 4、大安區：台北市立聯合醫院仁愛院區、國泰醫院、中心診所醫院、宏恩醫院。
- 5、信義區：台北醫學大學附設醫院。
- 6、南港區：台北市立聯合醫院忠孝院區。
- 7、中山區：馬偕紀念醫院。
- 8、松山區：長庚紀念醫院、台安醫院、博仁綜合醫院、國軍松山醫院。
- 9、內湖區：三軍總醫院、財團法人康寧醫院。
- 10、大同區：台北市立聯合醫院中興院區。
- 11、士林區：台北市立聯合醫院陽明院區、新光吳火獅紀念醫院。

1 2、北投區：行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院、振興醫院。

(二)EOC 成立之目的及依據：

- 1、台北市急救責任醫院計 23 家，各自獨立，發生小事故時尚可應付自如；然發生天然災害、各種意外事故、恐怖活動所引起之重大傷亡等重大事故，若未有統籌之指揮系統及平日之整備、預防，緊急醫療恐將無法應付，甚至癱瘓。為因應「重大災害」，爰成立緊急應變中心，並藉由各市立醫院之參與，有效統籌現有人力及資源。
- 2、EOC 於 92 年 12 月 15 日於台北市立中興醫院以市立醫院補助款建置完成，並於同年 12 月 29 日舉辦揭牌儀式。該中心之人員 24 小時待命執勤，災難事故發生時，提供醫療資訊整合作業、平衡大量傷病患所需之醫療負荷資訊，隨時監控疫情及防疫物資儲備狀況，以加強台北市緊急醫療應變能力，至於平日則協助台北市各醫療院所緊急傷病患轉診業務，EOC 為全台首創以醫療體系為災難應變指揮中心之首例，作為醫療機構與消防緊急救護體系及緊急醫療網之多面向溝通資訊平台。
- 3、EOC 為任務編組單位，管理單位為台北市立聯合醫院中興院區，隸屬於台北市政府衛生局，在台北市政府衛生局醫護管理處指導監督下作業。設有召集人 1 人（兼任）、副召集人 1 人（兼任）、執行長 1 人（兼任）、約用值勤專科護理師 6 人（1 天 3 班輪值）、護理行政人員 2 名。執掌業務與緊急醫療資源有關者，主要為蒐集緊急醫療資源資訊，包括：急診觀察床容量、各類加護病房原始總床數與目前可提供空床位數（每日 3 次通報，

分別於上午 8 時、下午 2 時及 10 時通報)、隔離病床容量及目前可提供空床數(每日於下午 5 時通報)、一般急性病床空床數調查(內科床、外科床、婦產科及兒科病床,每日於下午 5 時通報)。

- 4、當醫院請求協助轉介緊急病患,EOC 護理師會主動詢問病情、診斷、年齡、性別、生命徵象、病人所需之床位、是否需緊急開刀及其他特殊需求,並同步查詢「衛生署緊急醫療管理系統」,瞭解醫院最新之加護病房空床數,各院線上通報時間分別為上午 6 時、下午 2 時及下午 10 時 3 個固定時段。此系統係採定時擷取各院通報之空床數,呈現之空床數可能與當時需求之時間點有所落差,故於轉介緊急病患時,EOC 護理師會再次查詢緊急醫療管理系統最新空床數,並再次以電話詢問各急救責任醫院急診室,以確實掌握空床數。EOC 電話查詢床位時,會以台北市通報有空床之責任醫院優先,且由最鄰近之醫院開始查詢,遇台北市均無法提供床位時,即詢問鄰近縣市之急救責任醫院,以尋求合適病床。當 EOC 護理師找到床位並確定醫院確可接收病患,則由轉出醫院詳細交班後始得轉院,轉診成功者,確認轉出時間、到院時間及床位確認,以利轉床後續追蹤;此外,EOC 護理師填寫病患追蹤表,24 小時內追蹤病患轉診後之病情發展。

- 5、93 年間,EOC 找到空床及成功轉床百分比:

期間	轉院需求數	EOC 詢獲床位數	EOC 詢獲床位率(%)
1 月	202	146	72.28%
2 月	302	188	62.25%
3 月	182	135	74.18%
4 月	192	169	88.02%

5月	150	138	92.00%
6月	209	186	89.00%
7月	212	186	87.74%
8月	231	220	95.24%
9月	244	227	93.03%
10月	299	263	87.96%
11月	259	232	89.58%
12月	266	221	83.08%
總計	2,748	2,311	84.10%

6、邱童轉診事件發生後，EOC 找到空床及成功轉床百分比：

期間	轉院需求數	EOC 詢獲床位數	EOC 詢獲床位率(%)
1月12日	11	10	90.91%
1月13日	10	10	100.00%
1月14日	17	17	100.00%
1月15日	12	12	100.00%
1月16日	14	14	100.00%
1月17日	16	15	93.75%
1月18日	7	7	100.00%
1月19日	11	11	100.00%

(三)EOC 當時聯絡加護病房之詳細情形：

1、EOC 值班專科護理師陸○○於 94 年 1 月 10 日凌晨 2 時 45 分接獲仁愛院區通報需要一神經外科加護病床，由於 EOC 當時正協助衛生署台北醫院轉出一名肺炎病患及轉送振興醫院 1 名到院前死亡 (DOA) 病患，復因該時段查詢衛生署線上通報系統，得知國泰綜合醫院尚有 1 床神經外科加護病床，爰請仁愛院區先行聯繫國泰綜合醫院，並與其他急救責任醫院再次確認。

時間	事件過程
2 時 14 分	接獲衛生署台北醫院通報，有 1 名男性，年約 74 歲，診斷：2 側肺，GCS：E1M1V5，HR：97，BP：87/54，GLUCOSE：18，HX：

	DM；故請 EOC 協尋內科加護病房床。
2 時 16 分	去電中心診所詢問內科加護病房床，據表示無床。
2 時 17 分	去電台北縣板橋醫院詢問內科加護病房床，據表示無床。
2 時 23 分	去電至台北榮民總醫院詢問檢傷是否有內科加護病房床，檢傷小姐轉接主治醫師途中斷線。
2 時 45 分	接獲仁愛院區詢問：1 名年約 4 至 5 歲不詳姓名女性，ICH 被家暴，需神經外科加護病房床，EOC 人員回答因正協助衛生署台北醫院轉床，且問了很多家醫院皆表示無床。當日最後加護病房空床數清冊顯示台北國泰綜合醫院有 1 張神經外科加護病房空床，故請仁愛院區先行向該院詢問(該時段緊急管理系統顯示台北國泰綜合醫院有 1 床)，若還是無法問到床，再回覆 EOC，到時再試試外縣市。
2 時 45 分	去電至西園醫院詢問內科加護病房床，據表示無床。
2 時 46 分	去電至台北市立聯合醫院忠孝院區詢問內科加護病房床，其表示無床。
2 時 48 分	去電至台北市立萬芳醫院詢問內科加護病房床(斷線)。
2 時 49 分	衛生署台北醫院來電詢問 EOC 是否已找到床，經 EOC 答復仍在找床中。
2 時 49 分	打 4 碼電話至萬芳醫院，久久無人接聽。
2 時 50 分	去電至台北國泰綜合醫院詢問內科加護病房床，該院表示是否係替仁愛醫院問床嗎，經 EOC 回答係幫衛生署台北醫院詢問病床，據表示無床。
2 時 50 分	去電至台北馬偕醫院詢問內科加護病房床，據表示無床。

2 時 51 分	去電至板橋亞東醫院，詢問內科加護病房床，據表示過 10 分鐘後再回電詢問。
2 時 59 分	再次去電至板橋亞東醫院，詢問內科加護病房床，據表示無床。
3 時	再次去電至萬芳醫院詢問內科加護病房床，據表示過 5 分鐘後再回電詢問。
3 時 6 分	再次去電至萬芳醫院詢問內科加護病房床，據表示無床。
3 時 6 分	去電至台大醫院詢問內科加護病房(斷線)。
3 時 7 分	去電至衛生署台北醫院，因台北縣市皆無床，請醫院詢問家屬是否願意轉至桃竹苗地區以外之醫院，衛生署台北醫院表示會再回覆。
3 時 10 分	去電至桃園敏盛醫院詢問內科加護病房床，據表示有內科加護病房床。
3 時 13 分	去電至衛生署台北醫院告知桃園敏盛醫院有內科加護病房床，請衛生署台北醫院與桃園敏盛醫院聯絡。
3 時 20 分	去電至衛生署台北醫院確認病患家屬有無意願將病患轉至桃園敏盛醫院。惟家屬表示桃園敏盛醫院路途遙遠，不願轉院，衛生署台北醫院讓病患辦理 AAD。
3 時 37 分	仁愛醫院來電表示需 1 張神經外科加護病房病床，病患為 1 名 4 至 5 歲女孩，為家暴個案。

2、EOC 於凌晨 3 時 37 分，再次接獲仁愛院區急診室曾○○醫師聯繫，通報內容為：病患年約 4 至 5 歲、家暴女童、經診斷為硬腦膜下出血，仁愛院區已自行聯繫台北市多家醫院，惟仍無神經外科加護病床，因急需開刀，故請 EOC 協助詢問台北市以外地區是否仍有神經外科加護病房空床可開刀。

3、EOC 值班陸護理師於凌晨 3 時 37 分至 4 時 23 分間，詢問 19 家醫院（包括：中興院區、台安醫院、新竹國泰、桃園敏盛、桃園榮民醫院、新竹馬偕、中壢天晟、基隆長庚、林口長庚、和信、恩主公、楊梅天晟、國軍桃園總醫院、內湖三總、台大、忠孝院區、台北榮總、新光及梧棲童綜合醫院），僅台中梧棲童綜合醫院表示當時有神經外科加護病房空床，且可接受該家暴女童。

時 間	事件過程
3 時 37 分	接獲仁愛醫院通報，有一家暴患者年約 4 至 5 歲，姓名不詳女性，診斷為左側 SDH，急需開刀。V/S：HR：140；BP：125/61；GCS：E1M4VT；右側 Pupil sign 已 dilate，有社會局人員陪伴在側。仁愛院區表示已問過台北市許多家醫院，皆無神經外科加護病房床，故請 EOC 協尋。EOC 人員表示請問家屬可否接受台北縣市以外，包括基隆及桃園竹苗地區之醫院，據仁愛院區表示「可以」。
3 時 38 分	去電至台北市立聯合醫院中興院區急診，據中興院區回答仁愛院區已問過床，中興院區已告知無床。
3 時 39 分	去電至台安醫院詢問神經外科加護病房床，台安醫院表示無床。
3 時 40 分	去電至新竹國泰綜合醫院詢問神經外科加護病房病床，該院詢問病況後表示有床會再回 call EOC。
3 時 48 分	再次去電至新竹國泰醫院，該院表示無床。
3 時 48 分	去電至桃園敏盛醫院，據表示無床。
3 時 49 分	去電至桃園榮民醫院，據表示無床。
3 時 50 分	去電至新竹馬偕醫院，該院詢問病況後表示 10 分鐘後再回電，因要先聯絡神經外科醫師。

4 時 1 分	再次去電至新竹馬偕醫院，據表示因神經外科專科醫師不在，故無法收治此個案。
4 時 3 分	去電至中壢天晟醫院，據表示無能力接收。
4 時 3 分	新竹馬偕醫院表示因神經外科醫師不在，故無法接收。
4 時 4 分	去電至基隆長庚醫院（斷線）。
4 時 5 分	去電至林口長庚醫院，據表示無床。
4 時 6 分	去電至和信癌症治療中心醫院，據表示無病床，亦無神經外科醫師。
4 時 7 分	去電至恩主公醫院，據表示無床。
4 時 8 分	去電至楊梅天晟醫院，據表示無床。
4 時 12 分	去電至國軍桃園醫院，據表示無床。
4 時 15 分	去電至三軍總醫院詢問神經外科加護病房床位，經轉接急診室值班醫師表示無床。
4 時 16 分	去電至台大醫院，據表示無床。
4 時 16 分	去電至台北榮民總醫院詢問神經外科加護病房床，檢傷接通後轉接至急診值班醫師，在轉接途中斷線。
4 時 17 分	去電至台北市立聯合醫院忠孝院區，據表示無床。
4 時 18 分	去電至新光醫院詢問神經外科加護病房床位，據表示仁愛院區先前已打過電話詢問，已告知無床。（4 碼電話）
4 時 20 分	去電至仁愛院區表示台北縣市及桃竹苗之醫院均無神經外科加護病房床，急診室小姐請 EOC 協助詢問台中或高雄地區之醫院。
4 時 22 分	EOC 撥 104 查號台詢問沙鹿童綜合醫院的電話。
4 時 23 分	去電至台中童綜合醫院，其表示有床，可接受轉床。並要求 EOC 告知仁愛院區路程之風險，及詢問仁愛院區是否派人跟車？有無插呼吸器？同時要求 EOC 轉達仁愛院區出車前通知沙鹿童綜合醫院。

4 時 30 分	去電至仁愛院區，告知梧棲童綜合醫院可收此病患。
5 時	患者從仁愛院區離院轉至台中梧棲童綜合醫院。

4、據台北市政府衛生局表示，EOC 主要任務為在緊急災難時，協助床位調度，平時協助一般轉診作業。因仁愛院區表示已自行聯繫轉床作業，故該中心未再度詳述病情，僅詢問有無空床。

(四) 台北市急救責任醫院於 94 年 1 月 9 日夜間至同年月 10 清晨之加護病床空床數清冊：

醫院	通報時間	床位種類	總計
仁愛醫院	1 月 9 日 21 時 36 分	小兒加護病房 4 床 (五)燒燙傷加護病房 2 床	(六)6
	1 月 10 日 6 時 17 分		
中興醫院	1 月 9 日 22 時 10 分	小兒加護病房 1 床 新生兒加護病房 3 床 負壓加護病房 3 床 急診留觀病床 21 床	28
	1 月 10 日 6 時 10 分	小兒加護病房 1 床 新生兒加護病房 3 床 負壓加護病房 3 床 急診留觀病床 15 床	22
忠孝醫院	1 月 9 日 22 時 31 分	新生兒加護病房 4 床	4
	1 月 10 日 6 時 5 分		
陽明醫院	1 月 9 日 22 時 15 分	急診留觀病床 15 床	15
	1 月 10 日 6 時 15 分	急診留觀病床 19 床	19

婦幼醫院	1月9日23時10分	小兒加護病房 2床	2
	1月9日6時0分		
和平醫院	1月9日23時0分	小兒加護病房 2床 新生兒加護病房 2床 燒燙傷加護病房 2床	6
	1月10日4時53分	外科加護病房 1床 小兒加護病房 2床 新生兒加護病房 1床 燒燙傷加護病房 2床	6
台大醫院	1月9日22時55分	小兒加護病房 1床 新生兒加護病房 1床	6
	1月10日5時55分	負壓加護病房 4床	
松山醫院	1月9日22時10分		0
	1月10日6時0分		
三總	1月9日23時0分	急診留觀病床 69床	69
	1月10日6時15分	急診留觀病床 70床	70

台北 榮總	1月9日22時10分	不分科加護病房 3床 內科加護病房 5床 外科加護病房 12床 心臟內科加護病房 1床 心臟內科加護病房 5床 神經科加護病房 1床 小兒加護病房 4床 新生兒加護病房 2床 燒燙傷加護病房 1床 呼吸治療 1床 負壓加護病房 3床 急診留觀病床 18床	56
	1月10日6時10分	不分科加護病房 1床 內科加護病房 3床 外科加護病房 11床 心臟內科加護病房 1床 心臟內科加護病房 5床 神經科加護病房 1床 小兒加護病房 4床 新生兒加護病房 2床 燒燙傷加護病房 1床 呼吸治療 1床 負壓加護病房 3床 急診留觀病床 19床	52
長庚 醫院	1月9日23時5分	小兒加護病房 11床 急診留觀病床 14床	25
	1月10日5時45分	小兒加護病房 10床 急診留觀病床 8床	18

台安醫院	1月9日22時20分	不分科加護病房 1床 小兒加護病房 1床 新生兒加護病房 4床 負壓加護病房 5床 一般隔離床 4床 急診留觀病床 2床	17
	1月10日5時20分	小兒加護病房 1床 新生兒加護病房 4床 負壓加護病房 5床 一般隔離床 4床 急診留觀病床 2床	16
國泰醫院	1月9日22時45分	外科加護病房 1床 神經外科加護病房 1床 小兒加護病房 11床 燒燙傷加護病房 4床 負壓加護病房 1床 急診留觀病床 25床	43
	1月10日5時45分	外科加護病房 1床 神經外科加護病房 1床 小兒加護病房 11床 燒燙傷加護病房 4床 負壓加護病房 1床 急診留觀病床 25床	43
中心診所	1月9日22時15分	急診留觀病床 2床	2
	1月10日6時15分		
宏恩醫院	1月9日21時56分		0
	1月10日4時40分	不分科加護病房 2床 急診留觀病床 2床	4

馬偕醫院	1月9日22時10分	外科加護病房 1床 心臟外科加護病房 1床 小兒加護病房 12床 新生兒加護病房 14床 燒燙傷加護病房 1床 急診留觀病床 17床	46
	1月10日6時10分	內科加護病房 1床 外科加護病房 1床 心臟外科加護病房 1床 小兒加護病房 12床 新生兒加護病房 14床 燒燙傷加護病房 1床 急診留觀病床 20床	50
康寧醫院	1月9日22時55分		0
	1月10日5時55分		
新光醫院	1月9日22時15分	內科加護病房 1床 小兒加護病房 12床 燒燙傷加護病房 4床	17
	1月10日6時15分	內科加護病房 1床 小兒加護病房 11床 燒燙傷加護病房 4床	16
振興醫院	1月9日23時10分	急診留觀病床 5床	5
	1月10日6時5分		
北醫院	1月9日22時40分	外科加護病房 1床 小兒加護病房 6床	8
	1月10日5時45分	負壓加護病房 1床	

萬芳醫院	1月9日23時6分	不分科加護病房 1床 小兒加護病房 1床	9
	1月10日6時15分	新生兒加護病房 3床 燒燙傷加護病房 4床	
博仁醫院	1月9日22時21分		0
	1月10日6時18分		
西園醫院	1月9日23時11分		0
	1月10日5時53分		

五、台北市政府衛生局對本案之調查情形：

(一)仁愛院區急診加護病床可否加床乙節：

- 1、94年1月10日仁愛院區急診加護病房當時為滿床，若經相關人員積極協商調度，可另提供空間、病床、床邊生理監視器及呼吸器，故應可加設或挪出一張病床收治邱童。惟經神經外科評估無法使用。台北市衛生局張局長○雖於1月13日即對於上開情事存有諸多疑慮，惟因相關醫師均矢口否認，故仍在查證，未事先告知台北市馬市長。
- 2、台北市衛生局張局長○及仁愛院區急診室李○○主任於94年1月14日夜間在台北市議會備詢時表示仁愛院區當時「有病床」，議會為之譁然。急診室李○○主任爰說明仁愛院區1樓之急診室加護病房設有6床之空間，實際設置4床，當時係全部滿床，然有一空間尚未使用，如放置病床，須加裝呼吸器、監視器、顱內壓監視器等必要器材始可使用。
- 3、台北市馬市長於94年1月14日晚間11時30分左右與張局長○通過電話，隨後即接到府會聯絡

人及葉○○副市長之電話報告，爰要求葉○○副市長主持調查小組，率同副市長金○○、法規會主委陳○○、政風處長溫○○、人事處長鐘○○於1月15日凌晨至仁愛院區實地勘查加護病房並約談相關人員，以調查仁愛院區轉院當時究竟有無病床。約談人員計11人，包括：衛生局張局長○、仁愛院區吳副院長○○、顏行政副院長○○、李急診室主任○○、神經外科蕭主任○○、主治醫師劉○○、住院醫師林○○、急診護理長金○○、急診護理師林○○、加護病房護理長林○○及總值班護理長王○○。

4、台北市馬市長正式知悉此事係於94年1月15日，在此之前雖已聽聞類似說法，卻未看到任何證據。

(二)仁愛院區當日凌晨有無病床可收治邱童乙節：

- 1、台北市立聯合醫院於94年1月1日核准開業，其仁愛院區加護病床登記開放數40床，其中3樓加護病房30床（內科17床、外科5床、神經外科8床）、新生兒加護病床4床、急診室加護病房有6床空間，但因設備不足僅開放4床，故全院實際開放38床，當天除新生兒加護病床外，其餘34床全部滿床。
- 2、依據醫療法第15條規定：「醫療機構之開業，應向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，經發給開業執照，始得為之；其登記事項如有變更，應於事實發生之日起三十日內辦理變更登記。」將請該院依規定辦理變更登記開放病床數。
- 3、台北市政府衛生局分別於94年1月14日、15日調查林○○、劉○○及李○○醫師有關「加床」、

「挪床」之問題，因涉醫療專業判斷觀點，簡述
如次：

- (1) 林○○醫師敘稱：當日 2 時許接到急診室李醫師第二次電話照會，經電腦斷層掃描影片「診斷為右側硬腦膜下出血、病患須緊急開刀，但無加護病床，無法提供術後照護，建議轉院」，急診室隨即開始聯絡空床並請 EOC 協助。3 時多急診醫師第三次電話照會「台北市並無空床，急診加護病房願意加床，可否緊急開刀」、「林醫師以電話告知神經外科第二線待命醫師劉○○當時狀況，經討論結果仍決定繼續向鄰近縣市尋找空床位」、因「開刀後須有加護病床及設備（顱內壓監測器、小兒人工呼吸器），無適當設備反而危險」、「加床須有設備及專業護理人力、時間因素」、「因轉附近醫院緊急開刀會比在本院挪床快，調整加護病房病患須告知家屬，反而更耗時」。最後林醫師約 5 時再聯絡急診室得知轉院到梧棲童綜合醫院診療，感到很訝異，非其所能預料。
- (2) 劉○○醫師略稱：「林醫師電話告知在急診加床，經電話討論評估拼湊床位的規格，設備太簡陋，後援不足，預期可在短時間內詢得病床，轉院治療對邱童較為有利」、「10 日凌晨確為滿床，上午 9 時的腦瘤手術預先排好，亦需考量病患家屬反彈，術後的病床調整，林醫師會處理」、「病患提前轉出調整病床，須經與家屬溝通等流程，時間更多，未料邱童會轉到台中」。
- (3) 李○○醫師當天前後三次電話照會神經外科一線值班醫師林○○，告知「女童昏迷指數 6-7

分、兩側瞳孔不等大、需要會診」、診斷為「右側硬腦膜下出血、中線位移、需要開刀」、「臺北市無加護病床，已開始連絡臺北縣市以外的醫院，本院急診加護病房願意加床，你們願不願意開刀？」，經林醫師回應「全院無加護病房床位、小孩術後照顧困難、尤其是呼吸器」、「與劉○○醫師討論後還是建議轉院」；經確認梧棲童綜合醫院「可以立即開刀及術後照顧、評估病患應立即手術，但臺北縣市可能 8 時前皆無加護病床、決定轉送」、「並未告知林醫師，因考慮病患留在台北 8 時前都無法開刀一轉床挪床成功亦為上班後的事」；於清晨 5 時許，在急診室護理同仁隨同照護下，以加護型救護車轉送至梧棲童綜合醫院救治。

4、台北市副市長葉○○擔任召集人之專案小組，邀請台大醫院神經外科杜教授○○、台大醫院急診部陳主任○○、消基會羅律師○○等專家，分別於 1 月 15 日凌晨、15 日晚上、16 日下午三次調查，其調查結論：

(1)發生事件當時，2 處之加護病房確實無現成空床可供使用。惟若經協商努力調度，應可加設或挪出一張病床收治邱童。

<1>仁愛院區 1 樓急診室加護病房共設有 6 床空間，實際設置 4 床。當時全部滿床，其中尚未使用一個空間，如放置病床，須加裝呼吸器、監視器、顱內壓監視器等必要器材始可使用。

<2>仁愛院區 3 樓加護病床共有內科 17 床、外科 5 床、神經外科 8 床。其中神經外科第 1 床病患當日上午十時預計轉床，預定收治當

日上午 8 時開刀之腦瘤病人，此病床如欲使用，必須徵商該腦瘤病人及其家屬同意暫緩開刀，始可順利挪出使用。

- (2) 神經外科值班住院醫師林○○，接獲急診室主任李○○通知後，未至急診室會診，實地瞭解傷患緊急開刀之迫切性，僅以電話瞭解病情，決定轉診，未積極調度設法挪出病床應用，且謊稱於接到李○○主任電話後，調閱邱童頭部電腦斷層 X 光片，做不實陳述，並於病歷上不實記載，確有疏失之處。依台北市立聯合醫院仁愛院區「急診會診作業要點」第 4 點、第 5 點之規定：「照會之會診科別應於收到通知 30 分鐘內指派醫師前往急診科應診，或主動照會急診醫師討論病情及後續處理」、「會診後應將會診意見直接記錄於病歷之『病程記錄』中，並簽名以示負責。」神經外科住院醫師林○○既為 94 年 1 月 10 日上午第一線之值班，接獲急診科通知時，未依上述「急診會診作業要點」規定，前往急診室會診，僅以電話聯絡討論病情，即通知轉院，致未能妥善處理緊急救護及轉院事宜，核有違反上述規定之缺失。
- (3) 急診室主任李○○於 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時 55 分於急診過程，已盡力看護病患，並四度與值班神經外科醫師林○○以電話聯繫，惟未積極要求林醫師至急診室會診，且未於將邱童遠送至台中縣梧棲童綜合醫院時，未先行告知神經外科林醫師後。
- (4) 仁愛院區急診室主任李○○接收邱小妹妹時，既已通知神經外科住院醫師林○○醫師前往急診室會診，而於該院區聯絡北部地區醫院均

無病床而需長途轉院至中部梧棲童綜合醫院情況下，卻未再積極聯絡林○○醫師，以便重新考量是否即應在急診室開刀急救，亦似有疏失。

(5)神經外科主治醫師劉○○當時為2線值班(on call)，於接到住院醫師林○○電話報告邱童將轉送至台北市之外醫院時，未指示林醫師採行更積極作為，且於1月10日白天即知林○○醫師，實際未調閱邱童頭部電腦斷層X光片，且於病歷上做不實記載，不無包庇之責。

(6)轉診與否，應就對病人最有利之影響考量，此為臨床判斷問題，應以個案情形論斷。就本案情節而言，遠送至台中縣梧棲童綜合醫院，是有檢討改進之處。

(三)林○○醫師既未親自看診，亦未於94年1月10日凌晨就邱童之X光片判讀乙節：

- 1、由於頭部電腦斷層X光片(PACS)電腦紀錄顯示94年1月10日凌晨3時，3樓護理站之PACS並未有人使用，經台北市政府調查小組葉副市長、金副市長、法規會主委陳○○、政風處長溫○○、人事處長鐘○○於1月16日下午2時30分再度前往仁愛院區調查，並約談林○○醫師、李○○主任、劉○○醫師、蕭○○主任、王○○主任及吳○○副院長，除劉○○醫師知悉其陳述不實及作不實記載外，蕭○○主任、仁愛院區吳○○副院長均不知情。
- 2、台北市政府調查小組會議於94年1月15日晚間對林○○醫師當日(94年1月10日)凌晨有無就邱童CT影像檢查資料判讀表示質疑，會後由腦神經外科蕭主任○○主動與林○○醫師洽談，林○○

○醫師於當日(1月15日)晚間11時始向蕭主任○
 ○坦承當日邱童在仁愛院區就診期間未判讀邱童之CT片。經蕭主任於同日11時45分左右告知仁愛院區吳副院長○○，吳副院長○○復於12時左右去電向張局長○報告此事，張局長○於1月16日上午8時50分向台北市馬市長報告。至於劉○○醫師則係於94年1月10日上午，即已由林○○醫師親自告知而得知此事。

- 3、台北市立聯合醫院仁愛院區於94年1月11日中午召開考績委員會，會中有委員表示，林○○醫師既於當日即已看過CT影像並與急診室李○○醫師電話聯繫，故林○○醫師應依仁愛院區照會之相關作業，詳實記載並完成病歷。李○○醫師乃將邱童急診病歷整份交予林○○醫師，林○○醫師乃於94年1月11日下午考績委員會後完成病歷之製作。前開病歷之保存，在林○○醫師於94年1月11日完成記載後，於1月12日送返病歷室保存，同年1月14日下午經檢察官扣押。

(四)林○○醫師每月夜間值班15日乙節：

- 1、93年1至12月，林○○醫師之大外科值班（必須留住院內值班，可領取值班費）及神經外科待班（可於院外待班，未領取值班費）之班表如后：

月份	大外科值班	神經外科待班 (ON CALL)	值班與待班重疊班別	值班+待班小計
93年1月	5	7	2	10
2月	6	9	4	11
3月	6	9	5	10
4月	5	8	4	10
5月	5	7	4	8
6月	5	8	4	9
7月	5	7	5	8

8月	6	8	3	11
9月	5	8	3	10
10月	5	8	4	9
11月	5	12	5	12
12月	6	12	5	13
94年1月	6	11	6	11

2、因劉○○醫師自 93 年 11 月份出國，故自該月份起增加值班班數，故加總計算，林○○醫師於 94 年 11 月後之值班及待班，確實超過 15 班。

(五)仁愛醫院值班醫師（包括住院醫師及主治醫師）是否應在院區內值班：

仁愛院區表示：該院區內設有神經外科值班床（醫療大樓 6 樓神經外科病房住院醫師辦公室可供休息用），林○○醫師之值班種類區分為大外科值班及神經外科待班(On Call)，林員當日係值神經外科待班，故可在院外待班，故當日於宿舍內待班仍屬合宜。林○○醫師之宿舍於仁愛院區南棟 6 樓。仁愛院區目前大外科值班有值班費，神經外科待班無加班費可請領。

(六)93 年 1 月 1 日至 93 年 12 月 31 日間，仁愛院區腦神經外科將診療、會診之病患轉院之情形：

日期	轉院病患		轉院原因
	未手術個案	手術後個案	
930208	王○○		本院無加護病房病床
930225	葉○○		家屬主動要求(家住台中方便照顧)
930405		楊○○	病人主動要求(病人具榮民身份)
930409	尤○○		病人主動要求
930410	林○○		無加護病房病床
930604	陳○○		病人主動要求(轉台大手術)

930623		曾○○	家屬主動要求(轉宏恩 RCW 續照護)
930629	郭○○		病人主動要求(家屬任職於國泰醫院)
930823		鄭○○	病人主動要求(病人家住新竹)
931002	張○○		病人主動要求(轉台大手術)
931010	余○○		無加護病房病床
931104		顏○○	病人要求(轉新光手術)
931107	王○○		無加護病房病床
931207	林○○		病人主動要求(轉臺大手術)
931210	王○○		無加護病房病床
931215	顏○○		無加護病房病床

(七)神經外科於小夜班及大夜班緊急開刀之次數：

仁愛院區神經外科九十三年度因急診病患緊急開刀次數共 77 件，其中有 39 件為小夜班及大夜班時段開刀。

(八)仁愛院區急重症病患轉住加護病房標準作業流程：

- 1、加護病房分為內科(17 床)、外科(5 床)、神經外科(8 床)，各單科獨立管控床位。
- 2、各單科加護病房配合緊急應變指揮中心轉住之病患，不得無故拒收。
- 3、各單科滿床時由急診科主任或其代理人啟動協調各單科間之借床機制。各科間借床原則：神經外科由當日值班主治醫師控床、外科由外科總醫師控床、內科由內科總醫師控床。
- 4、其他各單科尚有空床，且加護病房總空床數大於 2 床(含 2 床)時，各單科若未能配合急診科調度且無充分臨床需求狀況下，應由各單科之負責控床醫師負拒收病患之責。
- 5、當加護病房總空床數僅剩 1 床時，由急救加護醫

學部部主任依實際臨床狀況決定是否接受轉住之病患，若無充分臨床需求而拒收病患時，部主任應負拒收病患之責。

6、緊急應變指揮中心確有收治病患轉住需要，依上述第3及第5點尚無法接受轉住之病患時，由行政副院長依實際臨床狀況決定是否接受轉住之病患，若無充分臨床需求狀況下而拒收病患時，行政副院長應負拒收病患之責。

(九)劉○○醫師、林○○醫師是否曾於夜間開刀乙節：

劉○○醫師係於92年4月開始擔任主治醫師，至94年1月14日間共開刀50例。林○○醫師此段時間共擔任助手379次。整理如下：

年.月				92.04	92.05	92.06
劉○○ (主刀)				4	3	3
林○○ (助手)				4	5	9
年.月	92.07	92.08	92.09	92.10	92.11	92.12
劉○○ (主刀)	0	2	3	4	2	1
林○○ (助手)	11	16	32	22	25	19
年.月	93.01	93.02	93.03	93.04	93.05	93.06
劉○○ (主刀)	2	7	3	2	2	4
林○○ (助手)	16	29	23	32	18	17
年.月	93.07	93.08	93.09	93.10	93.11	93.12
劉○○ (主刀)	0	1	1	0	0	4
林○○	16	9	18	16	15	21

(助手)						
年.月	94.01					
劉○○ (主刀)	2					
林○○ (助手)	6					

六、台北市政府對失職人員之懲處：

仁愛院區於1月12日上午召開考績委員會對失職人員予以處分，另台北市立聯合醫院亦對仁愛院區之決議再次進行檢討，台北市政府衛生局自1月12日起陸續邀集所有考績委員進行審慎的研議。相關懲處進行如下：

- (一)台北市立聯合醫院仁愛院區94年1月11日獎懲建議：神經外科主治醫師劉○○：申誡二次；護理科主任林○○：口頭告誡。
- (二)台北市立聯合醫院臨時考績會94年1月12日獎懲建議：神經外科主治醫師劉○○：記過二次；神經外科住院醫師林○○：記過一次。
- (三)馬市長於1月12日下午5時宣布衛生局局長張○調整為市立聯合醫院專任院長，並指派鄧○○副局長暫代局長職務。
- (四)台北市政府衛生局考績委員會94年1月13日決議：台北市立聯合醫院神經外科主治醫師劉○○：記過二次；台北市立聯合醫院神經外科住院醫師林○○：記過一次。
- (五)台北市政府衛生局考績委員會94年1月14日決議：台北市立聯合醫院神經外科代理主任蕭○○：申誡二次；台北市立聯合醫院（仁愛院區）副院長吳○○：申誡二次。
- (六)台北市政府衛生局考績委員會94年1月16日決議

：神經外科住院醫師林○○（記過一次→記大過一次）；神經外科主治醫師劉○○（記過二次→記大過一次）；仁愛院區副院長吳○○（申誡二次→記過一次）；神經外科代理主任蕭○○（申誡二次→申誡二次）；仁愛院區急診室主任李○○（申誡一次）。

（七）針對林○○、劉○○醫師未親自診斷及對危急病人，未依其專業能力予以救治或採取必要措施，違反醫師法部份，台北市政府衛生局於 94 年 1 月 24 日以北市衛醫護字第 09430552100、09430552200 號處分書，分別科處林○○醫師及劉○○醫師罰鍰新臺幣 2 萬元整。

（八）台北市政府衛生局對於仁愛院區涉及違反緊急醫療救護法、醫療法部份，將依違反「緊急醫療救護法」第 35 條規定，以該法第 44 條規定進行處分，處以新台幣 5 千元以上 2 萬 5 千元以下罰鍰，相關程序刻正辦理中。至於該院涉及違反醫療法第 57 條之規定：「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職業法規規定執行業務。」乙節，將依同法第 103 條處新臺幣 5 萬元之處分。

七、台北市衛生局之檢討及因應措施：

（一）市立聯合醫院將增加加護病床數，並考量設置通用性之加護病床。執行期程預計為 93 年 6 月至 94 年 4 月，預計 65 床，各院設置加護病房單位別、床位數及地點，包括：仁愛院區預計擴增 6 床急診加護病房及 6 床加護病房；中興院區擴增 12 床外科加護病房；陽明院區擴增 4 床負壓加護病房；忠孝院區擴增 6 床一般內科加護病房、心臟內科加護病房 2 床、神經內科加護病房 6 床；婦幼院區擴增小兒新生兒加護病房 3 床、和平院區暫時將 20 床負壓隔離

病房轉型規劃為加護病房。擴增數為 65 床，需增 17 名醫師、151 名護理人員、7 名呼吸治療師及書記和工友各 1 名。

醫院名稱	床位數	地點
中興院區	12	原 PAR
仁愛院區	6+6	急診及 3 樓原燒燙傷中心各 6 床
和平院區	20	開放負壓隔離病房 20 床暫時轉型規劃為加護病房
婦幼院區	3	9 樓小兒新生兒加護病房（整建擴充）
陽明院區	4	3 樓 A 區原燒燙傷中心
忠孝院區	14	原洗腎室及心臟科檢查室（遷移整建）
總床數	65	

- (二)積極加強加護病房人員之訓練，已請尹○○及蘇○○醫師規劃辦理。
- (三)對未來院際間轉院制度提出具體方案及改進措施。將依相關法規（緊急醫療救護法暨相關規定第 37 條第 5 項所示，急救責任醫院應辦理左列緊急醫療業務...五.主動提供緊急醫療救護指揮中心救護資訊）規定，提出具體管理規範，如未依轉診通報標準作業流程或調配機制執行之醫療機構，將依法處以罰則。
- (四)強制要求台北市急救責任醫院，對於急診及加護病床空床數之通報作業之確實性，並落實 EOC 監控，如紀錄比對有不符合之處，立即要求該院提出報告，如無法提出則依法懲處。
- (五)召開台北市急救責任醫院協調會議，要求台北市急救責任醫院，依衛生局建立之轉院標準作業流程辦理相關事宜，並依緊急醫療救護諮詢委員會所提方

案，建立稽查懲處制度。

- (六)要求 EOC 需由專人負責監督各院轉診通報流程之完整性及正確性，對於本案協助轉院過程聯繫之程序，二週內重新檢視及建立標準作業流程，並隨後辦理教育訓練，包含詢問病床優先順序、詳細交班要件、事件後續追蹤、雙方訊息確認等事宜。
- (七)針對台北市各院區緊急轉院（床）制度，召開跨院區協調會，針對緊急狀況應由衛生局制訂無床位時第二階段之床位強制調派機制，例如尋求重症備用床位，或轉出重症病房中病情較輕病人之評估及作業機制。同時應與行政院衛生署醫事處協調，積極規劃包括大台北地區甚至全國範圍之急重症病床通報機制，以因應大量急重症傷患緊急轉診事宜。
- (八)評估建立台北市即時入住加護病床個案資訊網之可行性，以確實掌握即時空床數，避免因人力操作及時間點不同造成訊息落差，且減少花費於院際間所詢問時間。
- (九)台北市立聯合醫院整併後之聯合值班計畫：
- 1、神經外科值班改善模式：
 - (1)值班人員：台北市聯合醫院神經外科主治醫師共 8 位（仁愛院區：蕭○○、林○○；和平院區：許○○、張○○；中興院區：陳○○、姜○○；忠孝院區：許○○；陽明院區：劉○○），分 2 組待班，1 人約 4 班。
 - (2)值班方式：
 - <1>第 1 線以主治醫師視情況決定當天集中地點。
 - <2>第 2 線以仁愛院區為集中點（負責調 1 張加護病房空床）。
 - <3>術後照顧由主治醫師與家屬溝通決定在何

院區照顧。

<4>雖屬待班性質，但必須負醫療全責。

<5>待班費：由績效管理委員會訂定。

(3)神經外科住院病人之處理：院區住院病人由各院區自行負責。

(4)神經外科上班時段病人之處理：上班時段維持現況。

2、同時值on call 及 on duty 班之合理性及改進之道：

(1)以仁愛院區 94 年 1 月份大外科值班與其相關科待班為例，胸腔心臟外科與整形外科均無住院醫師，故均由主治醫師待班；而聘有住院醫師之 4 科，包括骨科、神經外科、消化外科、泌尿科，其住院醫師在大外科值班之同時又兼顧擔任該科急診之第 1 線待班照會醫師；其中消化外科 2 名住院醫師除於大外科值班 5 班外，另增加 2 班擔任該科急診之第 1 線待班照會醫師，累計 1 個月值班及待班共 7 班，尚屬合理。餘骨科、神經外科、泌尿科之住院醫師除於大外科值班 5 班外，另擔任該科急診之第 1 線待班照會醫師，累計均超過 10 班以上。

(2)綜觀外科系之住院醫師，過去礙於人力，均有同時 on call 待班及 on duty 值班之情形，並經常值、待班累計超過 10 班以上，在醫療品質的確保與體力負荷的合理上，確實需要予以改善。

(3)台北市立聯合醫院成立後，整合十家醫療資源與人力，將採下列原則進行改善：

<1>住院醫師 on call 待班及 on duty 值班不重疊，故須適當增加主治醫師待班次數。

<2>各院區醫師人力共用，可參照「台北市立聯合醫院神經外科值班計畫」模式，再依科別特性進行規劃。

<3>逐步推動 In House Doctor（主治醫師在院值班制）。

八、相關疑點之釐清：

（一）救治邱童之黃金時間：

仁愛院區表示：依據邱童當時病況及仁愛院區當日凌晨之軟硬體設施，認定應儘速轉至對邱童最有利之醫院開刀為宜。一般需在數小時內手術，惟必須在多少時間內手術並無絕對之答案，以加拿大等國家為例，經常需要以直昇機等交通工具轉送病人至設備充足之醫療中心，接受神經外科治療。惟本案專業性較高，應由專科醫學會作適當之鑑定，較為公允。

（二）同時進行手術及調度病床，或俟隔日有病床時始於仁愛院區施行手術：

1、仁愛院區表示：

（1）依邱童當時病況，仁愛院區無法同時進行手術與調度神經外科加護病床，至於急診加護病房雖可調度床位，但缺乏完整必須之監測儀器。

（2）先確定病床及相關監測儀器再進行手術，對術後照護極為重要。

（3）無法俟隔日有病床時始於仁愛院區進行手術。

2、本院諮詢專家杜教授○○表示，對神經外科手術而言，先開刀再說，似不可行，除要有足夠設備人員外，後續照護更重要。如院內無床，轉院係正確決定，但本案轉診地點太遠。

（三）仁愛院區將邱童轉往台中治療是否為唯一之處理方式：

- 1、仁愛院區表示：以當時之狀況，將邱童轉往台中治療，不是唯一選擇。改進之方式應循仁愛院區之「重症病患轉住加護病房標準作業流程」處理。本案是否應先開刀再找病房涉及專業，將由專科醫學會鑑定。

(四)仁愛院區於94年1月10日凌晨加護病床之使用情形：

仁愛院區加護病床共38床，其中神經外科加護病房8床、外科加護病房5床、內科加護病房17床、急診加護病房4床及新生兒加護病床4床。當日住院人數及空床人數如后：

	住院人數	空床數
神經外科加護病房	8	0
外科加護病房	5	0
內科加護病房	17	0
新生兒加護病房	0	4
急診加護病房	4	0

(五)急診加護病床可否加床收治邱童：

- 1、仁愛院區急診加護病房，有6床空間，基於人力及設備，目前實際開放4床使用（目前僅有4套呼吸器及床邊生理監視器）。
- 2、依據仁愛院區表示：
 - (1)以往曾於緊急狀況下再臨時加1床使用（93年1月1日至94年1月10日間共計2次）。
 - (2)仁愛院區急診加護病房係於89年12月開放使用，初期均僅收治1、2位病患，91年間3樓加護病房進行整修，此時急診加護病房供其調度使用，92年3月起急診加護病房回歸急診單位運用，惟適逢SARS，基於急診感控之考量於該年五月間再度關閉；至93年3月開始，因

應急重症病患需求，原在 SARS 期間已關閉之急診加護病房重新陸續收治病人，於 93 年 5 月經院務會議議決正式開放 4 床使用至今。其間共有兩次臨時加床紀錄，分別為 93 年 7 月 13 日 1 位食道癌病患因急性呼吸衰竭進住，另一位為 94 年 1 月 2 日因充血性心臟衰竭進住。急診加護病房加床後，腦神經外科手術病患所需之呼吸器、血氧監測儀可移至急診加護病房使用，惟腦壓監視器無法移至急診加護病房。

(3) 邱童所需手術之時間約為 5 小時。術後需顱內壓監視器、小兒呼吸器、神經加護設備及專業訓練護理人力等以進行後續照護。然顱內壓監視器設備，該院僅三樓神經外科加護病房始有配置，該項設備為固定裝置之設備，無法移動至手術恢復室使用。

(4) 術後再行轉院之風險比術前轉院更高，若術後仍無可收治之病床，將其轉診之可行性極低。

(5) 依仁愛院區當時急診加護病房之狀況，可加床並調度呼吸器使用，護理人員亦表示可以照顧，惟林○○醫師認為無顱內壓監視器有照顧上之疑慮。

3、本院諮詢專家杜教授○○、黃理事長○○表示，邱童已 4 歲，如需使用呼吸器，所使用之呼吸器與成人使用之呼吸器相同，但要調整出氣量。至於新生兒使用之呼吸器，始與成人用者不同。

(六) 仁愛院區之內外科加護病床可否收治邱童：

1、仁愛院區 94 年 1 月 10 日當日凌晨唯一具有充分設備及專業人力可收治邱童之加護病床為三樓加護病房。三樓加護病房共開放 30 床，包括內科 17 床、外科 5 床、神經外科 8 床，平日依需求可

互為挪用。當日 30 床為實際滿床，並無預留床數，亦無空床。

- 2、以邱童當時病況，適宜於腦神經外科加護病床照護，其他加護病床因專科性不同且監測儀器不夠完整，較不適合收治。當時神經外科加護病房並無空床。然一般加護病床是否勉可提供邱童術後照護，宜請專家鑑定。

(七)衛生署指出仁愛院區有 4 張小兒加護病房，然仁愛院區當時通報無病床：

- 1、仁愛院區設置新生兒加護病房（Neonatal Intensive Care Unit，N 加護病房）4 床，病床設於嬰兒室內，係為專門收治早產兒呼吸窘迫症、新生兒敗血症、新生兒腦膜炎、新生兒痙攣、嚴重之新生兒先天性心臟病...等小於 3 個月之新生兒內科病房。
- 2、該院區每日須 3 次於「衛生署緊急醫療管理系統」中「責任醫院加護病床空床通報維護」項下進行仁愛院區相關加護病床數之登錄，由於原始登錄設定為小兒加護病房 4 床，該院區護理人員於登載時亦無疑予以輸入，導致 EOC 之急救責任醫院加護病床空床數清冊上呈現有 4 床小兒加護病房病床，而與實際所有之新生加護病房 4 床不符。

(八)仁愛院區急診加護病房登記 6 床，開放 4 床，有無變更登記：

台北市衛生局於 94 年 1 月 19 日至仁愛院區查核加護病床開放情形，該院區急診室加護病房有 6 床空間，但因設備及床間具不符醫療機構設置標準，僅宜開放 4 床；依據醫療法第 15 條規定：「醫療機構之開業，應向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，經發給開業執照，始得為之；

其登記事項如有變更，應於事實發生之日起三十日內辦理變更登記。」已請該院於 94 年 1 月 30 日前依規定辦理變更登記開放病床數。

九、仁愛院區對於急診、會診相關作業之管理：

(一)原則上，各專科均由主治醫師擔負被照會之責任，若有住院醫師擔任第 1 線之被會診醫師時，應安排主治醫師當為第 2 線支援並負醫療全責，以維持急診病患之醫療品質。各專科醫療及行政作業，由各科主任擔任負責人，處理各項緊急或意外事件。護理長則協助各醫療科處理行政作業。並在下班後，由值班護理長擔任夜間之行政總值，處理各項緊急或意外事件。

(二)仁愛院區急診會診作業要點：

- 1、急診醫師診治病患後，經駐診主治醫師同意，認為需其他專科醫師之意見或處置時為之。
- 2、照會醫師應於急診病歷內填妥病情資料及進行必要之檢查(檢驗)或處置，經駐診醫師簽章後，隨即以電話、總機呼叫或當面通知醫師會診。
- 3、會診前應由負責醫護人員備齊所有病歷、檢驗報告、X光片等資料，以作為會診之參考。
- 4、照會之會診科別應於收到通知 30 分鐘內指派醫師前往急診科應診，或主動照會急診醫師討論病情及後續處理。
- 5、會診後應將會診意見直接記錄於病歷之「病程記錄」中，並簽名以示負責。
- 6、若會診醫師經總機呼叫無回音，或位於 30 分鐘內前來會診，則照會醫師得直接連絡被照會科別之科主任，或由急診醫學科科主任處理。並做成記錄陳核院方處置。
- 7、逾時 30 分鐘之會診，需列入登記及品管稽核。

- (三)仁愛院區 91 年全年度急診會診共 1,479 件，平均等候時間為 17 分，逾時 30 分鐘次數為 162 次；92 年全年度急診會診共 1,200 件，平均等候時間為 13 分，逾時 30 分鐘次數為 75 次。93 年度 1 月份急診會診共 125 件，平均等候時間為 6 分。自 93 年 2 月份起，由於電腦系統更換為大同系統，暫無法提供該項功能，將請資訊部門重新將此功能建置，俾利後續之監控作業。
- (四)對於急診各項會診異常並導致民眾抱怨者，護理科急診單位係以「急診業務問題報告單」向上級通報，再進行相關查核與議處。近 3 年計有 7 案遭議處，2 案提考績委員會審議予以口頭警告；1 案業已特別請單位主管予以口頭告誡；1 案依「台北市立醫療院所提昇醫療服務品質規範」予以記點一次；另 3 案為 93 年 12 月至 94 年 1 月份間，皆為耳鼻喉科醫師會診問題，目前刻正由護理科急診單位統一彙整簽報檢討懲處中。
- (五)對於會診規範之宣導，已透過正式院務會議進行宣導。諸如：
- 1、90 年 7 月院務會議宣導值班應於 30 分鐘內完成，紀錄內容如下：「急診值班醫師若接收急診 call 機，雖然檢傷為第 3、4 級，惟恐病情立即發生變化，請值班醫師不要受限於 30mins，均能立即回 call，先以電話詢問病患情況，以掌控病情變化。」
 - 2、91 年 9 月院務會議宣導急診呼叫應依急護委員會規定時間內到院處理，紀錄內容如下：「補充考績委員會決議，請各科室主管確實通告科內同仁知悉配合，有關急診值班、加護病房值班或其他支援勤務，值班必須於值班室待命，而急診呼叫時，

則需依急救加護委員會規定時間內到院處理，若未能配合，將呈報逕行懲處。」

3、91年急診病患會診時效統計：

月份	會診件數	平均等候時間(分)
1月	158	26
2月	131	20
3月	132	26
4月	145	13
5月	111	22
6月	120	26
7月	137	13
8月	146	12
9月	127	11
10月	95	10
11月	100	10
12月	77	10
總計	1,479	17

4、92年急診病患會診時效統計：

月份	會診件數	平均等候時間(分)
1月	105	18
2月	134	10
3月	74	12
4月	74	12
5月	40	15
6月	69	12
7月	78	14
8月	132	8
9月	106	16
10月	136	3
11月	136	16
12月	116	15
總計	1,200	13

5、93 年急診病患會診時效統計：

月份	會診件數	平均等候時間(分)
1 月	125	6

十、台北市政府對於本案之處理及檢討情形：

(一)台北市馬市長係於 94 年 1 月 11 日(星期二)清晨約 6 時 20 分,自廣播及電子報知悉邱童被轉送至台中縣就醫之事。6 時 30 分即致電衛生局張局長○了解實況,指示將轉院經過詳情對外界說明。張局長表示已先要求部屬蒐集相關資料並要求安排轉院之衛生局「災難應變指揮中心」(Emergency Operation Center, 簡稱 EOC)提供轉院全程對話錄音及書面紀錄,對外公開。當日上午 11 時,衛生局即已召開記者會,公開 EOC 與 19 家醫院洽詢轉院病床之時間及全部對話。距邱童轉出仁愛院區,只有 30 個小時。

(二)馬市長正式知悉仁愛院區可挪出急診加護病床收治邱童是在 94 年 1 月 15 日(星期五),但在此之前已非正式聽到,在緊急狀況下仁愛院區曾有挪床收治重症病人之先例：

1、94 年 1 月 11 日(星期二),仁愛院區召開考績會,建議懲處神經外科主治醫師劉○○申誠 2 次(住院總醫師林○○不懲處)。其理由即為「轉院作業未透過主管之奧援以更適切之處理模式」,換言之,即劉○○醫師未積極協調尋找病床。馬市長始知悉後,乃了解找床之可能性並非不存在。次日(1 月 12 日),市立聯合醫院考績會在審查仁愛院區考績會之建議,認為懲處太輕,將懲處分別改為林○○醫師記過 1 次,劉○○醫師記過 2 次。這 2 項加重處分決定,衛生局也予以同意。當時張局長曾向馬市長表示,仁愛院區腦神經外

科過去曾有挪病床開刀之先例，乃更相信此種可能性之存在，但尚無任何證據。1月14日（星期五）晚間，張局長在市議會備詢時，明白表示仁愛院區當時「有病床」，舉座為之譁然。馬市長隨後接到葉○○副市長之電話報告，即指示葉副市長成立調查小組（成員為副市長金○○、法規會主委陳○○、人事處長鐘○○，政風處長溫○○），漏夜調查轉院當時仁愛院區究竟有無病床，不眠不休，為時7小時，調查完畢即向馬市長報告。

2、馬市長在1月15日（星期六）清晨8時自台北市政府調查小組召集人葉副市長口中正式得知，仁愛院區在邱小妹妹送到當時，確無現成加護空病床可用，但如經努力，應有在1樓急診室加護病房增設1床或在3樓加護病房挪出1床之可能性。馬市長即指示調查小組當日上午10時在市府12樓舉行記者會，由馬市長主持，對外公開調查結果。

（三）馬市長於1月16日（星期日）上午8時50分，張局長電告林○○醫師可能涉嫌陳述不實，亦獲知葉副市長將在稍晚前往仁愛院區了解中。當時渠正赴台中梧棲童綜合醫院探親邱童，爰立即通知調查小組全體成員當日中午在市長辦公室舉行午餐會報，研商對策。會中決定下午2時30分調查小組再赴仁愛院區，就涉嫌陳述不實部分約談林○○醫師、劉○○醫師、蕭○○主任、王○○主任與吳○○副院長，此一工作在下午4時30分結束，小組成員立即趕回市府向馬市長報告詳情，證實林○○醫師在訪談時確有陳述不實及未調閱邱童X光片、亦未透過影像傳輸設備會診、卻在病歷上之會診紀錄為不實記載之行為，劉○○醫師則知情並予以包庇。馬市

長即請葉副市長在 5 時 35 分舉行記者會對外公開。

(四)馬市長認為台北市政府衛生局張局長○對於本案之處理，在負責、效率、透明、誠實等各方面之表現皆值肯定，惟亦有下列缺失：

- 1、仁愛院區在 1 月 11 日（星期 2）即召開考績會建議懲處劉○○醫師申誠 2 次，理由為該員並未努力去協調病床。顯示該院區已了解問題之所在。但該院區並未繼續深入調查相關案情（如林醫師當時人在何處？何以不親自診視病人？），故馬市長於 1 月 13 日（星期 4）赴議會專案報告時所依據者，仍係仁愛院區此一調查不徹底之報告，以致引起議會及外界事後批評。張局長身為局長兼聯合醫院代院長，對仁愛院區調查不力，確有督導不週之缺失。
- 2、1 月 14 日（星期 5）上午 11 時，張○局長被告知仁愛院區在收容邱童當時可能可以加床或挪床，但因尚未獲得證實，故並未立即告知馬市長，而是指派衛生局醫護管理處一位股長調查此事並對當事人製作談話紀錄。當晚在議會被質詢時，調查報告雖尚未完成，但張局長已獲衛生局同仁告知初步結論，故張局長在議員追問下乃回答「有病床」，但並未詳加說明「有病床」是指「有現成空床」還是「可以挪床」，造成外界產生仁愛院區「有現成空床而不收治病人」之錯誤印象，次日成為各報頭版頭條新聞，等到市府調查小組查出「確無空床，但努力後可加床或挪床」，外界又認為是「大逆轉」，認為市府的說法一再反覆。張局長在完整調查報告尚未公布之前如此答詢，自有可檢討之處。
- 3、馬市長免除張局長衛生局長之職務，卻又命其專

任市立聯合醫院院長(皆至今年2月1日生效),其考量因素如下:

- (1)張局長身為政務官,而其所轄仁愛院區未能收治邱童,反而遠送台中就醫,此事舉國為之譁然,仁愛院區遭外界嚴厲責難,使市府形象受損,故其自認應為此事負責並請辭。
- (2)市立聯合醫院之構想出自張局長之手,1年多以來,盡心規劃,全力促成。此刻辭卸局長乙職,正可全心全意將聯合醫院之構想落實,從「規劃者」之角色轉換為「執行者」,貫徹其改革理念,並對聯合醫院運作之成敗負責。聯合醫院甫自94年1月1日正式掛牌運作,各項整合作業刻正展開,而醫療團隊同仁亦正磨合調適中,此安排,對剛上路之聯合醫院應屬有利。

(五)台北市政府對本案之危機處理,有待改進之處如下:

1、本府對所屬機構危機處理之監督,有待加強:

本案之調查,第1次係由仁愛院區在1月11日所作,當時認定劉○○醫師之疏失為「轉院作業未透過主管之奧援以尋求更適切之處理模式」。此認定,聯合醫院及衛生局均未變更。第2次調查係由市府成立調查小組進行,重點在於有無病床,結果仍認定「仁愛院區確無現成之空床,但需努力協調始得加床或挪床」,並未推翻第1次調查之認定。而第2次調查在報告出爐前,調查小組適時發現林○○醫師涉嫌陳述不實與病歷登載不實。惟此部分之發現在性質上屬於「案外案」,雖有加重2位醫師責任之結果,但仍未改變該次調查之認定。故2次調查所認定的事實固有

增減，但結果並無反覆。「案外案」本身並不影響有無病床的認定。同時，「案外案」，並非調查小組當時之調查重點，但其內容為第 1 次調查所無，又具高度新聞性，公開之後，難免予外界「調查結果一再反覆」之負面印象。台北市政府並非專業調查機關，如涉案人員存心說謊，在時間、調查權力皆不足的情況下，要想一次就查出全部真相，並不容易。即使是檢察機關，有充分之人力、物力、權力與時間，亦非必然能一次查出所有真相。台北市政府調查小組能在不到 2 日內查出相當完整之事實，實屬不易。當然此亦反映仁愛院區第一次調查確實不夠週延，故本府應加強所屬機關之危機處理（含調查）能力，以免未來重蹈覆轍。

2、台北市政府之危機處理，仍有可改進之空間：

台北市政府在第一時間雖然掌握邱童轉診之全程資訊，並對外公開，但對仁愛院區 2 位醫師當時之行蹤及處置了解不足。仁愛院區之報告對此亦怠於掌握，以致台北市政府未能在第一時間對外說清楚，造成外界誤會，傷害市立醫院及市府形象，確有可檢討改進之處。所幸第二次調查後，均能查獲重要事實。而調查小組之報告在 1 月 16 日公布後，確實對澄清事實真相幫助甚大，懲處名單在 17 日公布後，社會大眾對懲處程度亦尚能接受（1 月 18 日 TVBS 民調顯示，認為處罰適當者最多，占 46%，認為太輕者占 28%，太重者 8%），顯示台北市政府之處置尚未悖離多數民眾之期待。

十一、衛生署對於國內緊急醫療照護系統之建置情形及病床資源之調度機制：

(一)國內緊急醫療照護系統之建置情形：

1、國內緊急醫療管理系統之建置情形及運作情形：

為提昇緊急醫療救護品質，確保緊急傷病患之生命及健康，歷年來，衛生署輔導各縣市政府訂定緊急醫療救護實施計畫，辦理有關大量傷病患救護、化學、輻射、天然災害等各項災害之預防應變措施，辦理醫院緊急醫療業務評鑑及醫療機構督導考核，協同中央消防機關輔導各縣市消防機構建置救護指揮中心、救護隊，提供緊急傷病患相關救護服務。另並補助各地方衛生、消防單位辦理緊急醫療救護業務所需之緊急醫療救護設備、加強緊急救護通訊及加強相關人員訓練等相關經費。目前各縣市消防機關均已成立救護指揮中心，24小時受理緊急醫療救護申請，另各衛生局亦依地區特性，指定共 214 家急救責任醫院，提供全天候急診服務。

2、緊急醫療管理系統之使用目的及建置情形：

(1)緊急醫療管理系統建置於 86 年，90 年改為網路版，並於 93 年改為由醫院自動上傳資料，其目的在於協助地方政府有效掌握救護、醫療資源，以有效管理、推動緊急醫療業務相關工作。使用者包含衛生署、消防署、衛生局、消防局、各急救責任醫院、消防分隊等。

(2)該系統規劃有責任醫院管理（含急救責任醫院基本資料、空床數上傳資料）、緊急醫療救護通報、(119)報案紀錄、(119)救護記錄、救護車管理、救護技術員管理、民間救護車管理等功能項目。

(3)依該系統建置規劃功能，各急救責任醫院應每小時上傳相關資訊乙次。惟現行法令並無明文

強制要求急救責任醫院應定期定時通報相關緊急醫療救護資訊，未來將積極檢討，修正相關法令，並將緊急醫療資源掌握納入衛生署對地方衛生機關考評事項，以提昇系統資料的完整性及運用效能。

- (4) 緊急醫療管理系統之空床數資料，係由各醫院資訊系統自動轉出，並上傳至衛生署資料庫。如因故無法自動上傳，醫院仍可以人工方式，進入該系統登錄空床數資料。
 - (5) 依該系統建置功能，急救責任醫院應每小時上傳乙次。如院內住院系統中病床數異動，則在下次通報時數字會變更。
 - (6) 由於緊急傷病之特性，醫院應提供 24 小時醫療服務，故該系統所蒐集病床資料與醫院實際收治病床數有時間落差，乃屬實質之現象，惟藉由資訊系統整合之功能，可縮短各醫療區內相關醫療機構查詢醫療資源所耗費時間，俾利協助病人獲得適當的照護。
- 3、衛生署是否應以公權力介入急重症病床之調度：
- (1) 醫院通報資料有空床，是否不得拒絕收治病人，仍應依醫療法第 60 條規定，依其人員及設備能力予以救治或採取必要之措施。
 - (2) 依緊急醫療救護法第 36 條第 1 項規定，直轄市及縣（市）衛生主管機關應依轄區內醫院之緊急醫療設備及專長，指定急救責任醫院。第 37 條第 2 款則規定急救責任醫院應「接受醫療機構間轉診之緊急傷病患」，違者應依第 44 條規定處新臺幣 5 千元以上 2 萬 5 千元以下罰鍰。因此，各地方衛生主管機關，依法即可指定並指揮急救責任醫院接受轉診病患。惟發生大

量傷病患時，衛生署即會主動協調相關病床調度事宜，如為少數個案，各地方衛生主管機關逕自處理即可。

4、整合同一區域內之醫院，成立緊急病床之調度中心之必要性：

(1)依據前揭說明，緊急醫療救護法第 10 條、第 11 條業已明定，救護指揮中心之任務包括聯絡醫療機構接受緊急傷病患。直轄市及縣（市）雖將救護指揮中心部分功能另移置消防機構外，亦無礙其遂行第 11 條第 5 款之任務。又同法第 36 條第 1 項規定，直轄市及縣（市）衛生主管機關應依轄區內醫院之緊急醫療設備及專長，指定急救責任醫院。第 37 條第 2 款則規定，急救責任醫院應接受醫療機構間轉診之緊急傷病患，因此地方衛生主管機關依法，即可指定並指揮急救責任醫院接受轉診病患。未來衛生署將視各地區醫療資源及實際需求，檢討評估緊急病床協調調度機制或委託醫院以創傷中心模式提供急重症分級照護之可行性。

(2)又災難應變指揮中心主要任務，為於緊急災難，大量傷病患發生時，協助緊急調度相關資源為主。

(二)衛生署對於病床資源之調度情形：

1、國內醫院保留病床之合法性：

衛生署表示：按醫院依其業務需要，本應提供 24 小時照護服務，惟因病人病情嚴重及緊急需求不一，醫療機構依專業判斷，適度保留病床，以調配給需要立即診治之病人，實有必要。未來，衛生署當加強輔導醫院建立轉診及病床調度作業原則，以保障病人獲得適當的治療。

2、現行之法令規定是否已強制醫院公布實際之病床使用情形：

醫療法尚無前開規定。惟健保局為保障民眾就醫權益，已要求各醫院於明顯處，公布各類病床使用情形，包括已使用病床、空床、差額病床等資料，俾使住院保險對象了解是否仍有健保病床，故保險對象於住院時，即了解是否有空床及自付差額費用等事項。

3、醫院緊急病床調度採專科醫師對專科醫師協調之必要性及可行性：

為應緊急病人之需求，透過不同方式之聯繫管道，快速取得所需病床，為當務之需，因此醫院與醫院間及專科醫師對專科醫師間同時進行緊急病床調度，應屬可行。

4、制定醫院收治急重症病患之醫療及轉診之標準作業程序或相關法令規定之情形：

(1)依前揭醫療法規定，醫院應依其人員設備及專長能力，適當診治病人或建議病人轉診，故有關醫院收治急重症病患之醫療及轉診之標準作業程序，仍應視醫院各別專長及能力而異。醫院急診部門評鑑標準，有關評核醫院轉院之作業標準，略以：

<1>應訂有書面轉院辦法。

<2>應依照病人病情及意願處理，但在其病情穩定後才予轉院。

<3>轉院時應同時與當地緊急醫療救護指揮中心及對方醫院先連絡好。

<4>轉院時應自動將病人有關之書面資料摘要一起轉送。

(2)衛生署於94年1月21日邀集部分醫學中心院

長及相關急重症學會，就急重症醫療相關議題研商結論如下：

- <1>院內急重症病床之調控及協調，請各醫院自行訂定作業標準，未來將納入醫院評鑑。
- <2>院際間轉診及急重症醫療資源之支援運用，將評估以外傷分級概念，規劃創傷醫院分級制度與建立區域聯盟機制，提供急重症醫療照護網絡。

(三)衛生署對於醫療院所拒收病患之處分情形：

93 年台北縣衛生局曾對三重市祐民醫院某支援醫師，於執行醫療業務時段，對消防局救災救護指揮中心護送到院之急診病患，未依其專業能力予以救治或採取必要措施，案經訪談受處分人坦承不諱在卷；已依違反醫師法第 21 條規定，處新台幣 2 萬元罰鍰。

(四)衛生署對於部分民眾認為國內急診病床等候病床時間過久之改善情形：

- 1、由於國內民眾常不分病情輕重，習慣往大醫院就醫，甚至門診即可處理，卻改以急診就醫，或因不願接受轉診，導致滯留急診處待床。
- 2、相較於急診病人數，急重症醫護人力不足，醫院簽床制度落實否，是否規定急重症病人優先住院，部分已無須加護醫療之病患，佔住加護病床等因素，都可能導致需加護醫療之急診病患滯留急診室待床。
- 3、衛生署將持續加強民眾正確就醫宣導，通令各醫院加強醫院內部醫療作業管理，以病人為中心，輔導建立各醫院院際間及跨縣市之轉診溝通、協調機制及標準作業流程。

(五)衛生署調查各醫院加護病房空床數之結果：

- 1、由衛生署「緊急醫療管理系統」查詢台北市 23 家急救責任醫院，1 月 10 日凌晨 1 時至 6 時之加護病房空床數，經查各院均無神經外科加護病床空床。
- 2、函請北市 EOC 詢問之 18 家醫院（台大醫院、三總、台北榮總、馬偕新竹分院、長庚林口分院、基隆分院、和信醫院、臺安醫院、新光醫院、國軍桃園總醫院、天成醫院、天晟醫院、國泰醫院新竹分院、桃園榮民醫院、敏盛醫院、恩主公醫院、台北市立聯合醫院忠孝院區、中興院區）回覆 1 月 10 日凌晨 1 時至 6 時，加護病房空床相關資料，經查各院均無神經外科加護病床空床。
- 3、依據 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時至 6 時衛生署緊急醫療管理系統資料顯示，台北市立聯合醫院仁愛院區當日通報資料為小兒加護病床空床 4 床。惟仁愛醫院於嗣後說明該 4 床為新生兒加護病床誤植，經實地查證該 4 床確為新生兒加護病床。
- 4、緊急醫療管理系統之空床數資料，係由各醫院資訊系統自動轉出，並上傳至本署資料庫。如因故無法自動上傳，醫院仍可以人工方式，進入該系統登錄空床數資料。另系統如有上傳異常，可自動通知，如因故無法上傳成功，系統將自動發送電子郵件給管理人員以進行維修工作。維護廠商亦每日監測上傳情形，對上傳異常之醫院，提供必要之技術協助。

(六)衛生署呈報行政院「輿情報導受虐女童『北病南醫』事件之處理情形」調查報告，摘要略以：

- 1、檢討（含懲處失職人員）：
 - (1)完整之醫療流程，應包括必要之會診工作，本案急診醫師雖已執行緊急醫療處置，惟未經神

經外科醫師確實會診，即將病患轉診，會診流程不完整，確有缺失。

- (2) 另神經外科醫師經急診部要求會診，卻未親自診察病患，即以院內無神經外科加護病床，無法提供手術之後續照護，且未先調整院內病床，即建議轉院，顯示醫院對會診及調床制度未落實。
- (3) 台北市立聯合醫院仁愛院區及台北市政府衛生局「災難應變指揮中心」，於聯繫台北地區各大醫院時，是否有正確傳達女童之醫療需求，受聯繫醫院是否確實接獲訊息，是否充分利用衛生署建置之緊急醫療管理系統查詢加護病房空床，及轉診聯繫有礙時，並無尋求上層協調之機制，都有待檢討。
- (4) 另媒體報載加護病房空床數未對外公開部分，衛生署緊急醫療管理系統網路版建置於 91 年，當初建置目的為提供衛生局、消防局及醫院查詢使用，未來將檢討如何透明化。
- (5) 有關人員之懲處部分，台北市政府已除去衛生局局長張○之局長職務，轉專任（原兼任）台北市立聯合醫院院長，該府另針對相關醫療及行政疏失進行調查，並處神經外科主治醫師劉○○及住院總醫師林○○之處分；全案並已進入司法程序偵查中。

2、未來具體改善措施：

- (1) 通令各醫院加強醫療作業管理，並藉由內、外部監督機制，確保各項醫療作業流程之適當性及完整性。
- (2) 檢討制定以病人為中心且符合實際需求之急診轉診標準作業流程。

- (3) 加速落實區域內急重症醫療資源整合，並建立跨區域急診轉診之作業機制。
 - (4) 檢討國內急重症資源（含設施及人力）分佈之適當性。
 - (5) 加強急重症病床資訊透明化，督促各醫院確實通報加護病房空床數，必要時配合修正相關法規，務求落實。
 - (6) 加強醫學倫理繼續教育課程，呼籲全國醫療工作同仁，記取這次慘痛的教訓，將「視病猶親」及「以病人為中心」之基本服務理念牢記在心，從而內化為具體行動，服務病患。
- (七) 衛生署對於本院所詢與本案相關問題之看法：

- 1、邱童當時之病況，應同時進行手術及調度病床，或需先確定病床後，始可進行手術乙節：

醫療法第 60 條第 1 項規定，醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。有關急重症病人須施行緊急手術，是否可同時併行手術及調度病床，宜由該機構就病人狀況，依其相關人員及設備能力予以審慎評估，採行對病人最適當之處置方式，或依同法第 73 條規定，協助病人轉診。本案依台北市政府衛生局提供之初步報告，尚無法判斷應先採行何種處置方式為佳，故仍須回歸當時事實之專業判斷，如司法機關需相關專業協助，衛生署醫事審議委員會將依法提供專業鑑定意見。

- 2、仁愛醫院將邱童轉往台中治療是否為惟一之處理方式乙節：

本案轉往台中治療，應不是唯一處理方式。整體而言，院內病床調度及院際間之轉診溝通、

聯繫應再加強。

- 3、邱童接受手術後，可否於腦神經外科加護病床外之加護病床收治乙節：

倘其他加護病床具備適當醫護人力及設備，應可收治邱童。

- 4、仁愛醫院當日凌晨是否確無病床可收治邱童乙節：

依據衛生署緊急醫療管理系統資料顯示：94年1月10日凌晨1時至6時，台北市立聯合醫院仁愛院區當日通報資料為小兒加護病床空床4床。惟仁愛醫院於嗣後說明該4床為新生兒加護病床誤植，經衛生署實地查證該4床確為新生兒加護病床。

- 5、當日凌晨北部地區有無醫院有病床可收治邱童乙節：

(1) 依據衛生署緊急醫療管理系統94年1月10日凌晨1時至6時之台北及鄰近縣市加護病床空床通報資料顯示，該時段國泰醫院有神經外科加護病床空床1床（事後經衛生署洽詢該院表示，該床係為開刀中之病患所需）。

(2) 衛生署調查台北市衛生局緊急應變中心聯絡之18家醫院結果顯示，94年1月10日凌晨1時至6時該等醫院確無神經外科加護病床空床。

- 6、仁愛院區是否已該當拒絕急重症病人之要件乙節：

急重症病人之救治適當與否，應以個案情形論斷，本案仁愛院區急診部雖已就急診專業能力做緊急處置，惟未確實督促神經外科醫師確實會診，實有需改進之處；神經外科醫師經接獲急診

會診卻未加以親自診察病患，即建議轉院，實有疏失；另醫院未盡力調床等，都有待改進。依醫師法第 21 條規定，醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。違反規定者依同法第 29 條及第 29 條之 2 規定由直轄市主管機關處新臺幣 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。醫療法第 60 條第 1 項規定，醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。違反前開規定者依同法第 102 條及第 116 條規定，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰。至仁愛院區是否違反前開規定，宜由臺北市政府衛生局依法調查，並依具體事實狀況予以認定。

7、仁愛院區是否已該當不當轉診之要件乙節：

轉診與否，應就病人最有利之影響為考量原則，並就個案情形予以臨床專業判斷。依醫療法第 73 條規定，醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第 60 條第 1 項規定，先予適當之急救，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。違反者依同法第 102 條規定，處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並令限期改善。至仁愛醫院是否違反前開規定，宜由台北市政府衛生局依法調查，並依具體事實狀況予以認定。

8、國內腦神經外科醫療相關項目有無支付標準偏低之情事：

- (1) 依照行政院衛生署 84 年所擬訂之「全民健康保險醫療費用支付標準（草案）」，在假設總預

算不變之情況下，當時勞保支付標準與該草案比較，支付點數較高之科別，在手術類計有耳鼻喉科、直腸外科、泌尿科、神經外科及眼科。

(2) 急診診察費調整情形：

<1> 健保開辦時為 260 點，現已調高為 458 點，調整幅度 76.15%。

<2> 87 年開始配合衛生署推動檢傷分類概念，新增依檢傷分類等級予不同支付點數之急診診察費，調幅自 25.6% 至 41.9% 間。

<3> 本項支付標準有夜間、例假日加 2 成，山地離島及偏遠急救責任醫院加 3 成，且皆另有兒童依年齡加成 20% 至 60%。

(3) 加護病房基本診療費：

<1> 加護病房住院診察費調幅從 78% 至 111.5%，加護病房費調幅自 16% 至 45%。

<2> 現行加護病房費（病房費＋護理費），甲級為 6400 點，乙級為 5,340 點，兒童另有加成。

(4) 以 92 年醫令申報統計，西醫支付標準特定診療項目中，外科系之手術及處置在西醫特定診療目總申報金額之占率為 15.82%，而支付標準歷次調整等定診療費用增加 108.36 億元，其中外科系之手術及處置占 49%。

(5) 健保局業於 90 年 7 月，開始研擬「全民健康保險醫療費用支付標準相對值表」，並於 93 年 1 月，完成 2.0 版。相對值表之研訂過程，健保局均尊重各學會所提供之科內相對值，尤其是外科醫學會，統合其所屬之各次專科學會，共同提供外科手術之科內相對值，其中包括神

經外科。且 93 年 7 月導入修正之支付標準，手術項目亦已調升點數。

9、健保支付標準對於外科之給付偏低致外科住院醫師招募不力：

- (1) 為使支付標準更能反映臨床醫療資源耗用狀況，健保開辦以來，陸續檢討修訂支付標準，全民健康保醫療費用支付標準修正公告迄今計達 51 次。歷次調整所增加之費用（含基本診療及特定診療項目），外科系手術及處置占 16%。其中支付標準歷次調整特定診療支付點數中，外科系之手術及處置之占率即高達 49%。
- (2) 外科醫師招募不易，與其無法單獨開業、容易發生醫療爭議及醫師本人與社會之價值觀均有關係。

10、對於「實習醫師、住院醫師訓練期間，工作之負荷量過重，嚴重影響學習機會與服務病患之醫療品質」之檢討改進情形：

- (1) 實習醫師及住院醫師仍屬學習接受訓練之職位，在訓練過程中，經由各項門、住診、急診及值班的訓練安排，獲得不同情況的照護訓練，仍有必要。
- (2) 衛生署目前辦理之教學醫院評鑑內容，已包括住院醫師培育計畫及成果評估，惟為使教學醫院評鑑更臻完善，本署業已進行教學醫院評鑑改革規劃，有關評鑑之方式，擬以醫院對實習醫學生之教學訓練計畫為導向，著重教學訓練內容、過程及訓練成效之評估，並配合民國 96 年醫學中心評鑑新制之改革同時進行，至專科醫師訓練醫院之認定，擬以各醫院所提具之專科醫師訓練計畫為導向來進行認定，以避免實

習醫師、住院醫師從事非屬訓練內容之工作，影響學習。

1 1、本事件發生後，衛生署檢討發現之問題及後續之改善措施：

本事件發生後，經綜合各界意見，初步反映台北市有下列問題應改善：

- (1)醫院對會診及調床制度似未落實。
- (2)緊急醫療災難應變指揮中心訊息傳遞溝通，有待加強訓練。
- (3)醫師觀念偏差、醫學教育及醫療倫理，仍須紮根落實。
- (4)住院醫師訓練制度，仍須持續輔導改進。

柒、調查意見：

台北市 4 歲女童邱○○（下稱邱童），因遭家暴導致嚴重顱內出血，於民國（下同）94 年 1 月 10 日凌晨 1 時 55 分由 119 救護車送入台北市立聯合醫院仁愛院區（下稱仁愛醫院）急診室救治，惟該院以加護病床已滿床，經該院及台北市政府衛生局（下稱衛生局）災難應變指揮中心（Emergency Operations Center；簡稱 EOC）遍尋北部各大醫院一床難求，最後轉至 140 公里以外之台中縣梧棲童綜合醫院緊急開刀治療不治，於 94 年 1 月 23 日死亡，鑑於大台北地區整體醫療資源豐沛，竟然發生此一跨區轉診事件，舉國為之震驚。案經本院調查委員自動調查，並實地赴仁愛院區現場履勘，諮詢台灣顱底外科醫學會理事長即台大神經外科教授杜○○、台大急診部主任陳○○及台灣神經外科醫學會理事長黃○○等 3 位醫療專家之專業意見；並約詢台北市長馬英九、副市長葉○○、衛生局長張○、台北市立聯合醫院（下稱市醫）副院長吳○○、市醫仁愛院區主治醫師劉○○、住院總醫師林○○、急診室主任李○○暨行政院衛生署（下稱衛生署）署長陳○○、中央健康保險局（下稱健保局）總經理劉○○等人釐清案情，茲經調查竣事，爰將調查意見臚列如次：

- 一、台北市立聯合醫院仁愛院區待班之神經外科住院醫師林○○，於接到急診通知，未到急診室會診，實地瞭解傷患應緊急開刀之迫切性，僅以電話瞭解病情，就執意決定轉診，復未積極調度設法挪出病床應用，亦未實地到急診室瞭解加護病床加床以供緊急開刀之可行性，且謊稱有調閱邱童頭部電腦斷層 X 光片，做不實陳述，並於病歷上補填不實、不完整之記載，確有重大違失。

（一）林○○未親自診察病人、亦未檢視其電腦斷層攝影

X 光片，事後補填不實病歷：

- 1、醫師法第 11 條規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」同法第 21 條規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延」。又依市醫仁愛院區「急診會診作業要點」第 4 點規定：「照會之會診科別應於收到通知 30 分鐘內指派醫師前往急診科應診，或主動照會急診醫師討論病情及後續處理。」第 5 點規定：「會診後應將會診意見直接記錄於病歷之『病程記錄』中，並簽名以示負責」。
- 2、林○○係 94 年 1 月 10 日上午第 1 線值班醫師，於接獲急診科通知會診時，未依該院「急診會診作業要點」規定，於 30 分鐘內親自前往急診室會診，並實地瞭解傷患應緊急開刀之迫切性，核有違反上述規定。又林○○於當日凌晨 2 時至 5 時邱童在該院急診期間，僅以電話聯絡討論邱童病情，亦未曾檢視電腦斷層攝影 X 光片，竟於 94 年 1 月 11 日下午 4 時許補填不實的病歷紀錄，顯亦違反前揭規定，此有相關調查筆錄在卷可稽。
- 3、林○○於仁愛院區及衛生局就本案之調查過程中均謊稱「渠雖未親自診察邱童，但有透過院內電腦影像傳輸系統 PACS 檢視過其電腦斷層攝影 X 光片」，亦有相關調查筆錄附卷足憑。

(二)林○○未適時向待班之主治醫師劉○○請示如何處理、未能積極調度挪出病床以應緊急開刀之用，亦未親至急診室瞭解加護病房加床之可行性，致未妥適處理邱童緊急救護及轉院事宜，核有違失。

- 1、仁愛醫院急診科李○○主任於 94 年 1 月 10 日凌晨曾前後 3 次以電話照會神經外科林○○醫師，

略以：

- (1)於 2:05AM 告知：女童昏迷指數 6-7 分、兩側瞳孔不等大、需要會診。
- (2)於 2:40AM 告知：渠據電腦斷層掃描 X 光片初步診斷邱童為「右側硬腦膜下出血、中線位移、需要開刀」。
- (3)於 3:30AM 告知：台北市無加護病床，已開始連絡台北縣市以外的醫院，本院急診加護病房願意加床，你們願不願意開刀？

2、經林○○以電話分別回應：

- (1)第 1 次回應：請先插上氣管內管。我們白天時，已轉出 1 位神經外科病患。現在全院無加護病房床位，可能還是要轉院。
- (2)第 2 次回應：小孩子後續照顧比較麻煩，而且全院無加護病房床位可用。
- (3)第 3 次回應：第 2 天一早我們要開腦瘤的刀，還是轉院。
- (4)林○○第 4 次於 4:10AM 主動來電稱：「我和劉○○連絡，第 2 天一早我們要開腦瘤的刀，還是轉院」。

3、依上開電話通話內容，邱童嚴重腦傷係於 2 點 40 分照會林○○，林○○接到急診科主任李○○通知會診後，並未到急診室實地瞭解傷患應緊急開刀之迫切性，僅以電話瞭解病情，因發生事件當時該院 3 樓及急診室等兩處加護病房無現成空床可供使用，故決定轉診。惟如當時倘努力調度，應仍可加設或挪出 1 張病床收治邱童，但林○○於 3:30AM 獲悉急診科李○○主任告知：「台北市無加護病床，已開始連絡台北縣市以外的醫院，本院急診加護病房願意加床，你們願不願意開

刀？」仍執意要求將邱童轉院，且迨當日 4:00AM 許（4 次通話過程中，前 3 次均未請示主治醫師劉○○），始向該科主治醫師劉○○連絡請示醫療處置作為，顯屬輕率擅專、怠忽職守。

(三)綜上，待班之神經外科住院醫師林○○於接到急診科主任李○○通知，未到急診室會診，未適時向待班之主治醫師劉○○請示如何處理，亦未實地瞭解傷患應緊急開刀之迫切性，僅以電話瞭解病情，即執意決定轉診，未積極調度設法挪出病床應用，亦未實地到急診室瞭解加護病床加床以供緊急開刀之可行性，且謊稱於接到李主任電話後，調閱邱童頭部電腦斷層 X 光片，做不實陳述，並於病歷上補填不實、不完整之記載，確有重大違失。

二、台北市立聯合醫院仁愛院區待班第 2 線之神經外科主治醫師劉○○接獲林○○轉告之照會通知卻未親自或指派醫師前往急診科應診，復未積極調度設法挪出病床應用，亦未實地到急診室瞭解加護病床加床以供緊急開刀之可行性，更未指示其採行更積極醫療處置作為，率爾決定轉診邱童，事後劉○○與林○○共同決定補填不實病歷，情節重大，核有違失。

(一)按住院醫師於專科醫師訓練期間係屬臨床學習階段，其所從事之各項醫療行為仍應由其上級指導醫師（主治醫師、科主任）需負完全責任。復依仁愛醫院之內規，原則上，各專科均由主治醫師擔負被照會之責任，若有住院醫師擔任第一線之被會診醫師時，應安排主治醫師當為第二線支援並負醫療全責，以維持急診病患之醫療品質。各專科醫療及行政作業，由各科主任擔任負責人，處理各項緊急或意外事件。

(二)劉○○於 94 年 1 月 10 日凌晨為第 2 線值班醫師（

on call) ，於接到林○○電話報告有嚴重顱內出血之邱童在急診室待診，台北市現無加護病床可供緊急治療，目前急診加護病房可增加1床，請示如何處理時，竟未親自或指派林○○親自前往急診科診察，違反該院「急診會診作業要點」第4點規定：「照會之會診科別應於收到通知30分鐘內指派醫師前往急診科應診……」之規定。依該院急重症病患轉住加護病房標準作業流程規定，應由劉○○主治醫師負醫療全責並協調病床，惟劉○○未恪遵上述作業標準之規定，支援第1線住院醫師會診，未積極協調病床，並親赴急診室瞭解加護病床加床之可行性，以負醫療全責，劉○○上開應作為而未作為，顯有怠忽職守之重大違失。

(三)劉○○於94年1月10日白天即已知悉林○○並未到該院急診室會診，亦未調閱邱童頭部電腦斷層攝影X光片，詎竟與林○○商量共同補填不實病歷記載，又同意其在病歷上代簽主治醫師職名，違反該院「急診會診作業要點」第5點規定：「會診後應將會診意見直接記錄於病歷之『病程記錄』中，並簽名以示負責。」及「台北市政府衛生局所屬市立綜合醫院病歷管理作業規定」第4點：「……(三)治療及病程記錄：由住院醫師記錄並簽名。如由實習醫師記錄，住院醫師必須加以督導並核簽；主治醫師並應於每次迴診時在治療及病程記錄上簽名。……」之規定。

三、台北市立聯合醫院仁愛院區之醫師未落實執行急診會診規定致發生重大醫療轉診處理不當事件、新生兒加護病房病床登錄不正確、病歷補填管理鬆散等缺失，肇致醫療作業流程之嚴重疏失，督導醫療與行政業務不周，顯有違失。

- (一)仁愛院區 91 年全年度急診會診共 1,479 件，平均等候時間為 17 分，逾時 30 分鐘次數為 162 次；92 年全年度急診會診共 1,200 件，平均等候時間為 13 分，逾時 30 分鐘次數為 75 次。93 年度 1 月份急診會診共 125 件，平均等候時間為 6 分。惟自 93 年 2 月份起，由於電腦系統更換為大同系統，無法提供該項功能，吳○○迄未促請資訊部門重新建置此項功能，足見吳○○對於該院急診會診之管理鬆散，查核不周，顯有違失。
- (二)林○○與劉○○醫師未依急診會診相關規定辦理，率爾決定轉診嚴重顱內出血病患邱童，殊有未當。按完整之醫療流程，應包括必要之會診工作，本案急診醫師雖已執行緊急醫療處置，惟神經外科專科醫師未會診，林○○、劉○○醫師亦未盡力積極調度病床，且於急診科主任提出可在急診加護病房增加 1 床時，亦未到急診室瞭解加床之可行性，林○○、劉○○即以院內無神經外科加護病床，無法提供手術之後續照護，且未先調整院內病床，便決定建議轉院，顯示該院對急診會診及調床制度均未落實。
- (三)該院於衛生署「緊急醫療管理系統」中「責任醫院加護病床空床通報維護」項下進行相關加護病床數之登錄，由於該院原始登錄設定為小兒加護病房 4 床，致護理人員於登載時亦無疑予以輸入，導致 EOC 之急救責任醫院加護病床空床數清冊上呈現有 4 床小兒加護病房病床，而與實際所有之新生兒加護病房 4 床（病床設於嬰兒室內，係為專門收治早產兒呼吸窘迫症、新生兒敗血症、新生兒腦膜炎、新生兒痙攣、嚴重之新生兒先天性心臟病…等小於 3 個月之新生兒內科病房）不符，依據 94 年 1 月 10 日

凌晨 1 點至 6 點衛生署緊急醫療管理系統資料顯示，市立仁愛醫院當日通報資料為小兒加護病床空床 4 床；惟該院於嗣後說明該 4 床為新生兒加護病床誤植，經該署實地查證該 4 床確為新生兒加護病床；足見仁愛醫院對於加護病床登錄張冠李戴，卻未適時予以更正，影響緊急醫療病床調度至鉅。

- (四) 林○○醫師實際未到急診室會診，亦未調閱邱童頭部電腦斷層 X 光片，吳○○為市醫仁愛院區考績委員會主席，竟未詳查事證，由考績委員輕率建議林○○依該院既定照會相關作業規定，事後補填不實之病歷，核與「台北市政府衛生局所屬市立綜合醫院病歷管理作業規定」欠符，顯見該院病歷補填管理制度之鬆散。

四、台北市立聯合醫院仁愛院區未能適切處理邱童轉診事宜，將其遠送至台中梧棲童綜合醫院之決定，顯有未當。

- (一) 依據緊急醫療救護法 35 條規定：「醫院對緊急傷病患應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構或報請救護指揮中心協助。」另據醫療法第 60 條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」同法第 73 條規定：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第 60 條第 1 項規定，先予適當之急救，始可轉診。」
- (二) 有關市醫仁愛院區借床及緊急或意外事件之處理原則，詢據督導仁愛院區之副院長吳○○表示，該院

區各專科均由主治醫師擔負被照會之責任，若有住院醫師擔任第 1 線之被會診醫師時，應安排主治醫師當為第 2 線支援並負醫療全責，以維持急診病患之醫療品質。各專科醫療及行政作業，由各科主任擔任負責人，處理各項緊急或意外事件。護理長則協助各醫療科處理行政作業。並在下班後，由值班護理長擔任夜間之行政總值，處理各項緊急或意外事件。

(三) 邱童於 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時 55 分送達仁愛院區，2 時 25 分電腦斷層攝影檢查結果證實邱童為硬腦膜下腔出血，已如前述，當時市醫仁愛院區急診科主任李○○即建議神經外科緊急手術，惟該院區之加護病房業已滿床，經渠與林醫師聯絡後，林醫師認為邱童應另覓適合醫院照顧，遂聯絡 EOC，請其協助聯絡其他醫院加護病床床位。仁愛院區急診室於凌晨 3 時 30 分已考慮在急診加護病房加床救治邱童，且 3 時 37 分與 EOC 再次聯繫時已知台北市已無病床而請求 EOC 聯繫桃竹地區醫院；EOC 於凌晨 4 時 20 分回復仁愛院區急診室時，亦告知桃竹地區亦無病床；嗣於凌晨 4 時 27 分始確認梧棲童綜合醫院可收治。經李○○醫師確認「梧棲童綜合醫院可以立即開刀及術後照顧、評估病患應立即手術，但台北縣市可能在 8 時前皆無加護病床、決定轉送」；遂於清晨 5 時許，在急診室護理同仁隨同照護下，以加護型救護車轉送至梧棲童綜合醫院救治。

(四) 惟據台北市政府專案小組於 94 年 1 月 15 日凌晨、同(15)日晚上、翌(16)日下午 3 次調查，其調查結論略以「發生事件當時，仁愛醫院 2 處加護病房，確實無空床可供使用。惟若經協商努力調度，應可加設或挪出 1 張病床收治邱童。」茲分述如下：

- 1、仁愛院區 1 樓急診室加護病房共設有 6 床之空間，實際設置 4 床。當時全部滿床，其中尚未使用 1 個空間，如放置病床，須加裝呼吸器、監視器、顱內壓監視器等必要器材始可使用。
- 2、仁愛院區 3 樓加護病床共有內科 17 床、外科 5 床、神經外科 8 床。其中神經外科第一床病患當日上午十點預計轉床，並預計收治上午 8 時開刀之腦瘤病人使用，此病床如欲使用，必須徵商該腦瘤病人及其家屬同意暫緩開刀，始可順利挪出使用。

(五)按醫師對於病患之處置，需隨著病患病情之發展，針對其利益做最大考量，而非毫無彈性或不知變通。邱童在 1 時 55 分送達仁愛院區急診室，2 時 25 分診斷為硬腦膜下腔出血，急需開刀，仁愛院區急診室於 2 時 5 分即照會神經外科醫師林○○，林○○醫師於 4 時 10 分始與劉○○醫師聯繫，惟林、劉 2 位醫師均未曾親自至急診室診視，即一再建議轉院。仁愛院區在診斷出邱童病情至確認梧棲童綜合醫院有床，時隔 2 個小時，期間李○○醫師曾建議在急診加護病房加床，惟林○○及劉○○醫師未親至急診室診治邱童即以翌日有開刀而作相同之轉院建議，急診室在無床位但可加床及會診醫師未到現場可能對病患病況瞭解有限及台北縣市及桃竹均無醫院可收治之緊急情況下，仍以將邱童轉出為唯一考量，而未啟動仁愛院區之「醫療危機處理標準流程（夜間、假日）」，請值班護理長協助各醫療科處理各項緊急或意外事件，或通知部主任、副院長及院長協助解決問題，而在 3 小時後始將邱童遠送至台中梧棲童綜合醫院之決定。市醫仁愛院區未能適切處理邱童轉診事宜，將其遠送至台中梧棲童綜

合醫院之決定，顯有未當。

五、台北市政府衛生局災難應變指揮中心之標準作業程序有欠週妥，通話內容過於草率，聯絡醫院之順序缺乏準則，實務運作尚有瑕疵，核有未當。

(一)按台北市政府衛生局災難應變指揮中心(EOC)係於92年12月15日在台北市立中興醫院以市醫補助款建置完成，該中心有專業人員24小時待命執勤，協助平日該市各醫療院所緊急傷病患轉診業務，並於該市災難事故發生時，提供醫療資訊整合作業、平衡大量傷病患所需之醫療負荷資訊，亦隨時監控該市疫情及防疫物資儲備狀況，加強該市緊急醫療應變能力，其為全國首創以醫療體系為災難應變指揮中心之首例，作為醫療機構間及消防緊急救護體系與緊急醫療網之多面向溝通資訊平台。

(二)EOC當時聯絡加護病房之詳細情形：

1、EOC 值班專科護理師陸○○於94年1月10日凌晨2時45分接獲仁愛院區通報需要1張神經外科加護病床，由於當時正協助衛生署台北醫院轉出1名肺炎病患，復因該時段查詢衛生署線上通報系統得知國泰綜合醫院尚有1床神經外科加護病床，爰請仁愛院區先行聯繫國泰綜合醫院。當日凌晨3時37分，EOC再次接獲仁愛院區急診室曾○○醫師聯繫，通報內容為：病患年約4至5歲、家暴女童、經診斷為硬腦膜下出血，仁愛院區已自行聯繫台北市多家醫院，惟仍無神經外科加護病床，因急需開刀，故請EOC協助詢問台北市以外地區是否仍有神經外科加護病房空床可供開刀使用。

2、EOC 值班陸護理師於凌晨3時37分至4時23分間，詢問19家醫院，包括：中興院區、台安醫院、

新竹國泰、桃園敏盛、桃園榮民醫院、新竹馬偕、中壢天晟、基隆長庚、林口長庚、和信、恩主公、楊梅天晟、國軍桃園總醫院、內湖三總、台大、忠孝院區、台北榮總、新光及梧棲童綜合醫院，僅台中梧棲童綜合醫院表示當時有神經外科加護病房空床，且可接受該家暴女童。

- (三) 詢據 EOC 值班護理師陸○○，如何決定應聯絡那些醫院詢問病床及聯絡之順序，又是否知悉仁愛院區曾與那些醫院聯繫過，據表示詢問醫院之名單及順序，係依據 EOC 值班人員之經驗而定，其並未紀錄仁愛院區曾與那些醫院聯絡過。
- (四) 至於台北市之急救責任醫院計 23 家，EOC 僅與中心診所醫院、西園醫院、萬芳醫院、國泰綜合醫院、台北馬偕醫院、中興院區、忠孝院區、台大醫院、三軍總醫院、台北榮民總醫院、台安醫院、新光醫院等 12 家醫院聯繫。查 EOC 於 2 時 14 分至 5 時之通話紀錄，均未與陽明院區、婦幼院區、和平院區、國軍松山醫院、台北長庚醫院、宏恩醫院、康寧醫院、振興醫院、台北醫學大學附設醫院、博仁醫院聯繫，前開醫院在 94 年 1 月 10 日凌晨可能無病床可收治邱童，惟 EOC 之聯絡名單，若完全憑值班護理師之經驗或習慣，隨機決定與那些醫院聯繫，未與全部之台北市急救責任醫院聯繫，即直接聯繫台北縣市以外之醫院，除捨近求遠外，亦可能錯失在台北市為病患找到床位之機會。又 EOC 值班人員詢問各醫院的方式係憑其個人經驗逐家聯絡，並未慮及「其是否具神經外科專科醫師、神經外科之加護病床」，實無法達成最佳之「找床」效果。
- (五) 綜上，EOC 及緊急醫療體系過分專注於某類特定病房（小兒神經外科加護病床）之需求，詢問「空床

」的方式失諸簡略草率，而讓人感覺不出傷患病情之嚴重度與緊急開刀之急迫性，因而產生聯繫方面之偏差，實有積極檢討改進之努力空間。另 EOC 與醫院聯絡之順序、名單及聯絡過程中斷線之處理，全憑值班人員之經驗，聯絡病床方式出現瑕疵，肇致台北市急重症病患遠送台中縣的跨區轉診情況，實有未當。

六、台北市政府衛生局未能確實稽核市立醫院登錄資料不符實情，顯有欠當。

- (一)查台北市立聯合醫院於 94 年 1 月 1 日核准開業，其仁愛院區加護病床登記開放數 40 床，其中 3 樓加護病房 30 床（內科 17 床、外科 5 床、神經外科 8 床）、新生兒加護病床 4 床、急診室加護病房有 6 床空間，但因該院急診室空間及設施不理想（醫院評鑑亦希望檢討），為確保加護照護品質前提下，在 93 年 5 月份之院務會議決議急診室加護病房僅開放 4 床，故全院迄今實際開放 38 床。
- (二)依據醫療法第 15 條規定：「醫療機構之開業，應向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，經發給開業執照，始得為之；其登記事項如有變更，應於事實發生之日起三十日內辦理變更登記。」
- (三)綜上，市醫仁愛院區登記開放加護病床數為 40 床，然實際開放數為 38 床，依據醫療法第 15 條之規定，應於事實發生之日起三十日內辦理變更登記，惟仁愛院區於 93 年 5 月即經院務會議議決正式開放 4 床使用，台北市政府衛生局半年來未能確實稽核市立醫院登錄資料不符實情，顯有欠當。

七、台北市政府對於所屬機構之調查能力、危機處理機制未臻完善，亟應檢討改進。

- (一)該府對所屬機構危機處理之監督，有待加強：

- 1、本案之調查，第 1 次係由仁愛院區在 94 年 1 月 11 日所作，當時認定劉○○醫師之疏失為「轉院作業未透過主管之奧援以尋求更適切之處理模式」。此一認定，市立聯合醫院及衛生局均未變更。
 - 2、第 2 次調查係由市府成立調查小組進行，重點在於有無病床，結果仍認定「仁愛院區確無現成之空床，但需努力協調始得加床或挪床」，並未推翻第 1 次調查之認定。而第 2 次調查在報告出爐前，調查小組又適時發現林○○醫師涉嫌陳述不實與病歷登載不實。顯見仁愛院區第一次調查確實不夠週延，故該府應加強所屬機關之危機處理（含調查）能力，以免類似事件之發生。
- (二)該府未落實多層次之督導機制，本身之危機處理方式，仍有可改進之空間：該府在第一時間雖然掌握邱小妹妹轉診之全程資訊，並對外公開，但對仁愛院區林○○、劉○○等兩位醫師當時之行蹤及處置瞭解不足。仁愛院區之報告對此亦未深入調查，繼而市立聯合醫院、市府衛生局亦未善盡調查職責，喪失層層節制、逐級監督之功能，以致該府未能在第一時間對外一次說明清楚，造成外界誤會，傷害市立醫院及該府形象，亟應檢討改進。
- 八、行政院衛生署對於急重症病床之通報及聯繫，未能積極任事，迄未建置全國性轉診通報及處理體系，該署應儘速建置醫院即時、正確、透明公開之病床資訊，並有效查核醫院通報資訊真實性之機制。
- (一)詢據衛生署，對於急重症醫療所需病床之調度，是否應以公權力介入，據表示：依據緊急醫療救護法第 36 條第 1 項規定，直轄市及縣（市）衛生主管機關應依轄區內醫院之緊急醫療設備及專長，指定急

救責任醫院。第 37 條第 2 款則規定急救責任醫院應「接受醫療機構間轉診之緊急傷病患」，違者應依第 44 條規定處新臺幣 5 千元以上 2 萬 5 千元以下罰鍰。因此，各地方衛生主管機關，依法即可指定並指揮急救責任醫院接受轉診病患。

- (二)復詢據衛生署，現行之法令規定是否已強制醫院公布實際之病床使用情形，據表示醫療法尚無前開規定。惟健保局為保障民眾就醫權益，已要求各醫院於明顯處，公布各類病床使用情形，包括已使用病床、空床、差額病床等資料，俾使住院保險對象了解是否仍有健保病床，故保險對象於住院時，即了解是否有空床及自付差額費用等事項，惟該資訊僅公布於個別醫院，對於急需住進病床之病患或轉診之醫院，並無實質助益。
- (三)次詢據台北市政府，如 EOC 急需病床，卻難以調度，是否可以公權力介入，據表示該府將研議強制執行以調度緊急病床之可行性，惟需符合比例原則及該當一定要件之前提下，始能依行政執行法第 36 條之規定，賦予 EOC 公權力，然其適用之必要性及可行性，尚待研議。
- (四)查台北市成立之 EOC 或衛生署按健保分局地理分布所成立之 6 個 EOC，均係依據緊急醫療救護法而成立之重大傷病及災難醫療應變機制，惟依該法第 2 條之規定，該法所稱緊急醫療救護，包含緊急傷病或大量傷病患之現場醫療處理、送醫途中之緊急救護、離島、偏遠地區重大傷病患之轉診及醫療機構之緊急醫療，故並未涵蓋急重症之緊急醫療或病床調度。
- (五)國內常見醫院急診室人滿為患，或急診病患於留觀床一待數日等待床位之情形，部分病患雖可藉由醫

師間之私誼及病患或家屬之社會關係立即找到病床，但部分病患卻無法成功找到適當之床位收治，且醫院急診室醫護人員亦有反映要將病患轉診治療，卻不知轉往何處之問題，單以台北市 EOC 提供之資料，93 年度有轉院之需求數為 2,748 件，故建立全國性之急重症病床資源通報及轉診之處理機制，有其必要性。惟衛生署之緊急醫療管理系統，其通報資料每小時更新 1 次，且無法稽核醫院有無隱匿病床不報之情事，而民眾或醫院亦不能進入該系統瞭解何處有合適之病床可收治病患，健保局雖已要求各醫院公布床位資料於明顯處，但對於急重症緊急協床之功能有限，現行之法令又無強制要求醫院公布實際空床數之規定，修法又曠日廢時，衛生署應儘速研議透過健保機制建置全國性轉診通報及處理體系，整合醫院提供之病床資料，要求醫院即時、透明、正確地公開病床資訊，並有效查核醫院通報資訊之真實性，以因應急重症傷患之醫療需求。

九、健保局應儘速辦理各醫療處置之成本分析，作為支付標準之依據，並研議對於急診及加護病房之點值，採行固定點值之必要性或採行予以保障點值之措施，俾使國內急重症醫療支付標準更趨合理。

(一) 本案發生後，社會各界檢討仁愛院區未對邱童積極手術，而將邱童轉院之原因，除因醫師個人因素及醫學教育需再加強外，部分醫院及社會各界亦迭有全民健保支付急重症醫療之支付標準不合理及總額預算制度之浮動點值稀釋急重症醫療給付之疑慮。

(二) 經詢據中央健康保險局劉總經理○○表示：

1、健保開辦後，急診診察費已多次調整，由 84 年之 260 點，現已調高為 458 點，調整幅度達 76.15%；87 年更配合衛生署推動檢傷分類之概念，依檢傷

分類等級而予不同支付點數之急診診察費，平均調幅為 25.6%至 41.9%間；另夜間、例假日加 2 成、山地離島及偏遠急救責任醫院加 3 成支付，對於兒童之急診，另依年齡加成 20%至 60%。

2、至於加護病房基本診療費，其調幅為 78%至 111.5%，加護病房費調幅自 16%至 45%。至於現行加護病房費(病房費+護理費)，甲級為 6400 點，乙級為 5,340 點，兒童另有加成。

(三)詢據仁愛院區，依目前全民健保對加護病房之支付標準，有無偏低情事，據表示，若該院以開放 30 張加護病床計算，每年之醫療收入為 9,782 萬元，支出為 9,860 元，若健保給付每點點值以 1 元計算，其收支小幅虧損 78 萬元；若點值下降，則虧損幅度將拉大，影響重症病患之照護。仁愛院區屬區域醫院，由健保台北分局管轄，該分局之區域醫院 93 年之門住診點值粗估為 0.8794 元，依仁愛院區前開成本分析，93 年加護病房之實際醫療收入估計為 8,602 萬元，其虧損達 1,258 萬元，故健保支付標準若以低於各醫院急重症醫療所需之成本支付，再採總額預算之浮動點值，確有可能造成醫院收治急重症病患之成本壓力。

(四)詢據健保局劉總經理○○表示：健保局目前實施之急診之相對值表，係由急診醫學會提出，經健保局下設之協議委員會協議，幾乎係按急診醫學會提出之版本通過，未將標準打折支付；至於總額支付制度醫院急診之點值，原先係採固定點值，每點值 1 元之方式支付，惟醫院將部分門診可處理之病患轉到急診處理，造成給付結構之扭曲，復因全民健康保險醫療費用協定委員會認為急診之支付，應回歸至醫療費用支付標準中調整。

(五)綜上，現行健保對於急重症醫療之支付標準，多年來雖已在調整，惟相關醫事團體仍反映有不敷成本之情事，又總額預算實施後，急診及加護病房未有固定點值之保障，而與其他門診或住院採浮動點值計算，迭讓醫界有急重症支付標準不合理之疑慮。健保局除應加速計算各醫療處置之成本分析，作為支付標準之依據外，另對於急診及加護病房之點值，亦需研議採行固定點值之必要性或採行予以保障點值之措施，俾使國內急重症醫療支付標準更趨合理。

十、行政院衛生署就邱童轉診當日凌晨找不到神經外科加護病房空床之確切原因，未能善盡調查之能事，應再深入探究，以澄清外界疑慮。

(一)本院詢問衛生署調查 94 年 1 月 10 日凌晨台北市各急救責任醫院通報之加護病床數、可收治邱童之加護病床種類及空床數暨仁愛院區及 EOC 當日聯絡之醫院有無隱匿病床不報之情事，衛生署調查結果如下：

1、衛生署由該署之「緊急醫療管理系統」查詢台北市 23 家急救責任醫院於 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時至 6 時之加護病房空床數，經查各院均無神經外科加護病床空床。復經函請台北市 EOC 詢問之 18 家醫院，包括：台大醫院、三總、台北榮總、馬偕新竹分院、長庚林口分院、基隆分院、和信醫院、臺安醫院、新光醫院、國軍桃園總醫院、天成醫院、天晟醫院、國泰醫院新竹分院、桃園榮民醫院、敏盛醫院、恩主公醫院、台北市立聯合醫院忠孝院區、中興院區等提供當時段加護病房空床相關資料，經查各院均無神經外科加護病床空床。

2、依據 94 年 1 月 10 日凌晨 1 時至 6 時衛生署緊急醫療管理系統資料顯示，仁愛院區當日通報資料為小兒加護病床空床 4 床。惟仁愛醫院於嗣後說明該 4 床為新生兒加護病床誤植，經實地查證該 4 床確為新生兒加護病床。

(二)EOC 值班陸○○護理師於上午 4 時 16 分詢問台北榮總神經外科加護病床時，曾發生「該院檢傷人員接通後轉接至急診值班醫師，而在轉接途中斷線」之情事，惟 EOC 值班人員並未進行後續追蹤聯絡，故斯時該院之空床情形究竟如何？允應究明。

(三)EOC 於 94 年 1 月 10 日上午 2 時 45 分接獲仁愛院區通報需要一張神經外科加護病床，經 EOC 在該時段查詢「衛生署緊急醫療管理系統」呈現該院尚有 1 床神經外科加護病床，惟經仁愛院區再次聯繫國泰綜合醫院確認卻已無床位，顯見緊急醫療網建置出現缺失，衛生署所推動的緊急醫療網絡和急救責任醫院之通聯失靈，上開系統未能確實掌握各急救責任醫院及時之空床數，可能與當時需求的時間點有所落差。又詢及衛生署醫事處薛處長○○實情為何，據表示國泰綜合醫院該張病床，已有病人準備於開刀後入住，惟本院再詢問病人是否確已入住、何時入住，衛生署未實地查證，故均無法答復。

(四)當日凌晨台北市急救責任醫院之加護病床數，有小兒加護病房之醫院及床數，包括中興院區 3 床、和平院區 2 床、台大醫院 1 床、台北榮總 4 床、林口長庚 10 床、台安醫院 1 床、國泰醫院 11 床、馬偕醫院 12 床、新光醫院 11 床、台北醫學大學附設醫院 6 床及萬芳醫院 1 床；有外科加護病房之醫院及床數，包括台北榮總 12 床、國泰醫院 1 床、馬偕醫院 1 床；另台北榮總有 1 床之神經科加護病房。惟

衛生署對於當時段各醫院之神經外科加護病床數、醫院誤報或謊報之情形如何及如無神經外科加護病床，有何其他之加護病床可收治邱童等問題，並未深入調查瞭解。

(五)綜上，衛生署就邱童轉診當日凌晨找不到神經外科加護病房空床乙案，所為之調查結果過於草率，該署應儘速就前開問題進行詳實而完整之調查，以澄清外界之疑慮。

十一、家庭暴力事件係本案發生之主因，酗酒與失業更為家庭暴力之導因，主管機關應正視酗酒及失業問題並加強宣導，增加民眾對家暴案件之關切及防治觀念，並應建置綿密之家庭暴力通報與防治網絡，以防範不幸於未然；行政院衛生署亦宜研議就家庭暴力被害人之醫療給付費用向加害人求償之機制。

(一)家庭暴力事件係本案發生之主因：邱童父親邱○○與太太協議離婚後，形成所謂「破碎家庭」，在邱童處境堪憐之際，邱○○又對其暴力相向，肇致邱童嚴重顱內出血，必須送醫緊急手術治療；本案應非純粹醫療處置不當之問題，倘虐童事件仍然源源不絕，則再好的醫療體系也難以收拾善後。又本案家庭暴力行為，發生於便利商店旁，出入之民眾多，其工作人員及在旁民眾並未及時阻止加暴行為，顯見民眾對於家暴行為，缺乏關切及防治觀念，又酗酒與失業為家庭暴力之導因，主管機關應予正視，並加強宣導。

(二)里鄰長、里幹事、社工人員、管區員警、醫療院所等基層單位人員對於家庭暴力事件之通報機制，尚未發揮應有之功能，主管機關應建構綿密之通報網絡，並研擬以預防為導向的家庭暴力事件防治網絡，以正本清源地防範不幸於未然。

(三)就避免浪費寶貴的緊急醫療救護與全民健保醫療資源而言，家庭暴力事件所引發之被保險人傷病醫療支出，行政院衛生署允宜研議就家庭暴力被害人之醫療給付費用向加害人求償之機制，庶符社會公平正義原則。

捌、處理辦法：

- 一、台北市立聯合醫院仁愛院區聘用住院醫師林○○尚非公務員服務法之適用對象，爰抄調查意見一函請台北市政府就其違失情節查明議處見復。
- 二、調查意見二至三已另案處理。
- 三、調查意見三至七擬依法提案糾正台北市政府。
- 四、調查意見八擬依法提案糾正行政院衛生署。
- 五、調查意見九至十一函請行政院衛生署確實檢討並研議辦理見復。
- 六、調查意見十一函請內政部、台北市政府研議辦理見復。
- 七、送請財政及經濟委員會處理。

調查委員：謝慶輝、黃武次、

趙榮耀、李伸一

中華民國 94 年 1 月 28 日
附件：本院 94 年 1 月 14 日 (94) 院台調壹字第 0940800004
號函、94 年 1 月 19 日 (94) 院台調壹字第 0940800012
號派查函暨相關案卷。