

## 調 查 意 見

壹、案由：有鑑於目前國內麻醉意外事件頻傳，究相關主管機關已否進行各項改善措施，包括麻醉相關併發症與死亡分析、麻醉醫護人力改善規劃、麻醉品管登錄，以及其他改善全國麻醉安全的具體方案等？又其成效為何？均有詳加瞭解之必要案。

貳、調查意見：

國人向來享有高品質和高可近性的醫療服務，加以全民健康保險實施有成，讓國人健康普遍獲得保障，然近年，國內麻醉過程疏失造成病患死亡案例頻傳，雖本院前已調查，並責成前行政院衛生署（下簡稱前衛生署）提出麻醉安全對策，惟經數年未見具體成效；又主管機關迄今對於為數有限的麻醉醫師及麻醉護理師等醫療人力及麻醉醫療品質，仍未有顯著改善，造成有限的麻醉專業人員在各醫療機構間疲於奔命，使渠等在法規外模糊地帶，以有限人力支撐龐大的醫療照護需求，加速醫療風險。為釐清主管機關進行各項改善措施及其成效，包括：麻醉相關併發症與死亡分析、麻醉醫護人力改善規劃、麻醉品管登錄，以及其他改善全國麻醉安全的具體方案，爰立案調查，以回應民眾對麻醉醫療品質之期待。案經諮詢相關醫學會、護理學會及醫學中心麻醉部主任；另函請衛生福利部（下簡稱衛福部）、衛福部中央健康保險署（下簡稱健保署）、臺北市政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局說明案關疑義及調取相關卷證，並請衛福部醫事司石崇良司長暨該部護理及健康照護司陳青梅簡任技正、健保署蔡淑鈴副署長率各該機關相關人員到院說明，業已調查竣事，調查意見如下：

一、本院 99 年已提出調查報告要求衛福部改善麻醉醫師人力規範不足之情事，然迄今 7 年間（100 年至 106 年），仍未改善，至少高達 350 萬次麻醉業務在無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜，長期漠視病患麻醉醫療之安全；又本院前亦要求前衛生署對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，然該署恣置不理，顯有怠失。衛福部應予積極檢討相關規範及查核機制，確實掌握各級醫療機構執行及申報麻醉之合理量，確保醫療機構麻醉施行安全及品質之提升

（一）按國內各層級醫療機構施行麻醉之規範，歷年於醫院評鑑基準訂有相關評量項目，依 106 年醫院評鑑基準及評量項目：

1、醫學中心部分：於 2.6.1 章節，適當的手術、麻醉部門體制及人力配置摘要如下：應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員：有負責的醫師、麻醉病例年平均 1,500 次以上應有 1 名專任麻醉專科醫師。若麻醉醫師為兼任者，亦須符合下列項目：有固定醫師負責。

2、區域醫院、地區醫院部分：於 2.6.4，麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫摘要如下：麻醉醫師實行手術前探視病人，評估麻醉風險與建議麻醉方式；由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法；訂立麻醉計畫等。

（二）次按醫療機構設置標準第 9 條診所設置標準表門診手術室，基層診所執行全身麻醉（含靜脈全身麻醉）應具下列設備：麻醉機、醫用氣體及抽吸設備、醫

療影像瀏覽設備、生命監視設備(至少應含心電圖、血氧飽和濃度監視器)及觀察病床(專供手術後恢復使用)。惟無麻醉醫師人力相關規範。

(三)查本院前於99年間曾針對國內麻醉醫師有無不足、主管機關之把關監督等情立案調查，其中調查意見「衛生署現行醫療品質監控制度與措施尚有疏漏與不足，難以提昇整體麻醉醫療品質」一項指出：「衛生署訂定之新制醫院評鑑基準，關於麻醉醫師人力合格標準(C級)：『符合醫療機構設置標準，且有足夠的專任或兼任麻醉專科醫師……。』並未載明確切的人力數據，僅以抽象籠統的『足夠』二字代替，不無創造模糊空間讓受測醫療機構及評鑑人員得以『各自基於有利狀況表述及評分』，無怪乎該項合格比率屢屢高達100%，突顯醫院評鑑制度流於形式，欠缺實質效果。」迄至本案調查期間，衛福部鑑於全身麻醉及深度鎮靜等危險性高，於107年9月始修正「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，明定醫療機構施行「部分」特定美容醫學手術，其屬全身麻醉或非全身麻醉之靜脈注射麻醉，應有專任或兼任之麻醉科專科醫師全程在場，且應於手術時親自執行麻醉業務。以改善歷年麻醉醫師人力要求管理法令之不足。

(四)次查100年至106年，國內各層級醫療機構執行全身麻醉之健保申報件數如下表：

單位：申報家數/件數

年度 各層級醫療機構	100	101	102	103	104	105	106
醫學中心	19/360,218	19/367,290	19/370,867	19/385,199	19/397,819	19/403,528	19/420,289

區域醫院	75/325,530	75/333,768	76/347,805	76/358,506	76/368,721	76/372,950	76/388,788
地區醫院	228/88,508	224/90,506	223/93,275	219/94,567	226/99,545	219/106,386	224/117,078
基層診所	480/25,576	463/25,800	465/25,017	449/27,644	438/25,760	428/24,525	430/24,892

資料來源：健保署 107 年 3 月 8 日健保醫字第 1070032846A 號函。

依上表，近年基層診所約 430 家每年執行約 25,000 件危險性高之全身麻醉，惟無規定診所執行該等麻醉醫師人力資格之要求；而區域醫院有 76 家每年執行約 370,000 件全身麻醉，及地區醫院 224 家每年執行約 100,000 件全身麻醉，相較醫學中心亦無相關麻醉醫病比規範。是以，自本院提出調查報告要求改善迄今 7 年間（100 年至 106 年），統計區域醫院、地區醫院及基層診所在執行高危險之全身麻醉上，每年約有 50 萬件次麻醉業務因無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格管理規定把關下，至少高達 350 萬次麻醉業務進行高危險之麻醉施行，顯見衛福部長期漠視病患麻醉安全。

(五)另查全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第十節麻醉項目中，支付標準編號 96017C~96019C-「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法」及 96020C~96022C-「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」等二種全身麻醉方式限由麻醉科專科醫師施行。又按「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法」及「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」給付規定分為：2 小時以內。2 小時至 4 小時，每增加 30 分鐘。4 小時以上，每增加 30 分鐘。顯見，臨床實務上，麻醉醫師施行麻醉之時間依情況有達數小時甚至 4 小時以上之情形。

(六)再據衛福部 100 年至 106 年之醫院評鑑基準及評量項目，針對麻醉醫師與年平均麻醉病例訂有醫病比例為：年平均麻醉病例數每 1,500 次應有 1 名專任

麻醉專科醫師以上。據衛福部說明<sup>1</sup>：上開比例係依目前醫療環境實際運作狀況，並參考各界意見，以麻醉醫師一臺刀需 1 小時，一日工作 6 至 8 小時，一日約 6 至 8 位病人，1 年工作 250 日計算，一年約有 1,500 位至 2,000 位病人，評鑑以較高標準估計，故一年 1 位麻醉醫師約處理 1,500 位為宜。然醫院評鑑基準以麻醉醫師一臺刀需 1 小時，一年 1 位麻醉醫師約處理 1,500 位病人之計算基準與各醫院實際申報健保給付之計算時數並不一致，顯示歷年醫院評鑑基準顯有低估麻醉醫師一臺刀僅需 1 小時之情形。此亦可由健保署蔡淑鈴副署長於本院約詢表示：依目前數據分析一位麻醉醫師平均一天 3.7 台刀，但是否平均分派尚不知。益證，**現況及醫院評鑑不符**。

- (七)據本院函詢健保署曾否實際查核及推估各級醫療機構中，以現有麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性一節，該署表示：特約醫事服務機構須符合評鑑及設置標準，而該署並未辦理及推估各級醫療機構中，以現有麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性。另健保署蔡淑鈴副署長於本院約詢有關麻醉醫師給付一節表示：目前健保署給付規定除全身麻醉限麻醉醫師親自執行外，其餘非全麻部分，醫師只要受過訓練執行麻醉就會給付。局部及區域麻醉，**於診所有增加之趨勢，但全麻部分則診所有減少之情形**；顯示民眾會去選擇較安全之醫療院所執行全麻；**但目前以健保資料數據很難去分析麻醉醫師之兼差跑台情形。是以，衛福部實應更詳細周延評估跑台嚴重程度。**

---

<sup>1</sup> 衛福部提供本院 107 年 7 月 23 日約詢書面資料。

(八)然查本院 99 年間調查之國內麻醉醫師有無不足、主管機關之把關監督等情案，其中調查意見針對「國內部分醫療機構麻醉業務非由醫師親自執行，從而有違反醫師法情事，衛生署卻未能完備醫師報備支援相關規範，並疏於勾稽查核健保申報資料，致難以杜絕不法情事」指出：「國內衛生主管機關有無善用醫療院所全身麻醉健保給付之申報資料，以勾稽查核麻醉專科醫師確有親自執行全身麻醉業務乙節，詢據衛生署分別查復略以：『……執行審核院申報之全身麻醉案件方式，係由抽審案件檢附之資料，依規定進行專業及行政審核，據以比對該麻醉醫師是否具有專科醫師資格及符合報備支援等規定』、『本署健保局分區業務組自 98 年 10 月間啟動〔醫院麻醉專科醫師支援〕專案查察，針對申報〔半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法〕及〔半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法〕等二種全身麻醉方式，核對有無報備麻醉專科醫師或同醫師不同醫院同時段重複申報資料予以查核。合計追扣 18 家醫院，195 萬點費用。』等語。顯見健保局除遲至 98 年 10 月間始針對國內醫療院所申報之全身麻醉案件進行勾稽查核……。」可知，本院前已要求前衛生署建立查核機制，惟迄今衛福部仍未有對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，各層級醫療機構既依相關規範申報麻醉給付，則衛福部對於醫療機構提供予病人之麻醉醫療品質之把關，當屬責無旁貸。

(九)而衛福部醫事司石崇良司長於本院約詢針對利用管制藥品之使用量進行麻醉醫師兼差管理一節表示：或許可利用管制藥品進行勾稽查核麻醉醫師之執業

處所進行管理。另表示：管制藥品之管理方式會後再研議。

- (十)綜上，本院 99 年已提出調查報告要求衛福部改善麻醉醫師人力規範不足之情事，然迄今 7 年間（100 年至 106 年），仍未改善，至少高達 350 萬次麻醉業務在無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜，長期漠視病患麻醉醫療之安全；又本院前亦要求前衛生署對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，然該署恣置不理，顯有怠失。衛福部應予積極檢討相關規範及查核機制，確實掌握各級醫療機構執行及申報麻醉之合理量，確保醫療機構麻醉施行安全及品質之提升。

二、本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會早於 98 年即已要求前衛生署增設麻醉護理師，惟迄今衛福部仍未有麻醉護理師之分科設置、甄審及相關管理法規，罔顧臨床實務對麻醉護理人員之長期需求，顯有怠失。衛福部允應儘速建立我國麻醉專業護理養成及甄審制度，與國際接軌，維麻醉護理臨床人力之素質及穩定

- (一)依衛福部 103 年 5 月 6 日衛部醫字第 1031663237 號函釋略以：「按醫療工作之診斷、處方、手術及施行麻醉等醫療行為，係屬醫療業務之核心，應由醫師親自執行，……。」復依護理人員法第 24 條第 1 項第 4 款規定，醫療輔助行為應在醫師之指示下行之；護理人員法規定，護理人員區分為護理師、護士及專科護理師；而專科護理師分科及甄審辦法

第 2 條規定：「專科護理師之分科為內科、外科」故施行麻醉應由醫師親自執行，護理人員在醫師指示下，執行醫療輔助工作。

- (二)查本院 99 年間針對國內麻醉醫師有無不足、主管機關之把關監督等情立案調查，其中調查意見「囿於國內醫療機構現實環境及健保支付制度，國內麻醉護理人員縱頻協助麻醉專科醫師執行大部分麻醉醫療業務，得以紓緩醫師人力不足之窘況，然其資格、訓練及認證水準良莠不一，相關業務範疇及專科護理師制度亦迄未釐清及完備，待遇難以反應實際工作量」一項指出：「……國內現行麻醉護理人員尚未有學歷限制，係由台灣麻醉護理學會辦理專業認證，其課程訓練、認證及人員管理，皆未受衛生主管機關管理與監督，任令各醫院自行辦理訓練及自主登錄作業，致受訓時數、課程內容及認證品質參差不齊……」及「……『台灣麻醉護理學會雖於 98 年 11 月間建請本署增設**麻醉護理師**，惟經多次討論後，仍因麻醉護理師之執業工作範圍，及是否納入專科護理師範圍，於醫界及護理界均有極大爭議，故決議暫不納入，俟相關疑義釐清後再研議。』等語……，任其滋生爭議，迄今猶懸而未決，除不無創造模糊空間足使普遍以利潤為導向而非以國人健康權益為首要考量之醫療機構，得以聘請薪資較醫師低廉甚多之護理人員代麻之外，在衛生主管機關長期欠缺規範與查核機制，坐令醫療機構專業自主之下，日益遞增之工作量及醫療糾紛風險……。」據本案衛福部函復<sup>2</sup>：專科護理師之分科並無「麻醉科」；亦無麻醉專科護理師資格相關規範

---

<sup>2</sup> 衛福部 107 年 7 月 23 日約詢書面資料。

。又因護理人員法及專科護理師分科及甄審辦法並未訂定「麻醉科專科護理師」，故目前無麻醉專科護理師相關人數統計、其與麻醉醫師配比等資料。是以，本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會亦早於 98 年即已要求前衛生署增設**麻醉護理師**，惟迄今衛福部仍置之未理，未有**麻醉護理師**之分科設置、甄審及相關管理法規。

(三)次查衛福部 101 年至 108 年醫療品質及病人安全歷年工作目標，在提升手術安全之一般原則及參考作法皆建議：「全身及區域麻醉，應由麻醉專科醫師負責執行或在其全程指導下由麻醉護理師完成。麻醉護理師應受過專門訓練……」再查現階段國內各層級醫療機構麻醉醫師及麻醉護理人力規範之配置，106 年度醫院評鑑基準及評量項目 1.3.6 及 1.2.10，有關護理人員於手術室及手術恢復室人力配置如下：(1)醫學中心：手術室每班每床應有 2.5 人以上、手術恢復室每床應有 1 人以上。(2)區域醫院：手術室每班每床應有 2 人以上、手術恢復室每床應有 1 人以上。(3)地區醫院：手術室每床應有 2 人以上、手術恢復室每床應有 1 人以上。基上可知，在醫療臨床實務上有麻醉業務之需，故對麻醉專科之護理人員有其必要，然前開工作建議事項、評鑑制度行之多年，衛福部卻置若罔聞，未能積極對**麻醉護理師**之分科提出設置。

(四)另查衛福部 102 年委託研究<sup>3</sup>指出：美國於西元 1909 年首先創始培訓麻醉護理師，負責提供麻醉照護，

---

<sup>3</sup> 前行政院衛生署 102 年度委託臺北榮民總醫院研究「麻醉護理師訓練課程規劃計畫」。

麻醉護理師的培訓費用低於麻醉醫師，且經過完善訓練的麻醉護理師有助於協助提供安全與效率兼顧的麻醉照護。又查美國麻醉護理人員制度係緣自於麻醉專科醫師人力之不足，為維護病患於手術過程之安全及醫療品質，遂藉由嚴謹之學經歷等資格限制及訓練過程篩選出適格之護理人員，使其具有麻醉專業知識，並通過國家麻醉護士考試後，每兩年再必須完成規定之繼續教育課程與再認證程序，始足以因應麻醉醫療所需之輔助業務<sup>4</sup>。可知，國際上係透過嚴謹完善之訓練及考試培訓**麻醉護理師**，以因應麻醉醫療所需之輔助業務。衛福部前開委託研究並認為：台灣麻醉專科醫師每人須同時執行4位病人的麻醉，因此台灣宜採取之麻醉照護小組模式為：1位麻醉專科醫師指導(或親自執行)4位麻醉護理師提供麻醉照護。

(五)據衛福部照護司陳青梅簡任技正於本院約詢時表示：目前取得專科護理師者近7,000人，而從事麻醉護理業務之護理師則約近3,000人。就目前麻醉專科護理師執行之麻醉業務係涵蓋於專科護理師範疇，目前專科護理師分大內及大外，幾年前曾與麻醉醫學會及麻醉護理學會討論過麻醉專科之分科設置問題，由於其業務具高度專業，似應另外獨立於內、外科之外，依討論決議，因事涉甄審、專科訓練、現有人員擔心既有資格受影響……等，故麻醉醫學會及麻醉護理學會表示需再研議。

(六)另據台灣麻醉護理學會於本院諮詢時表示：目前約

---

<sup>4</sup> 參考資料：「據報載，臺灣麻醉醫學會調查顯示，國內每4萬人才分配1名麻醉專科醫師，遠不及美國、日本等先進國家2至3萬人即有1名醫師；又臺灣麻醉相關致死率約10萬分之17，為美國2倍、日本17倍，且國內麻醉醫師工作超時與超量，使人為因素引發重大麻醉併發症近4成；國內麻醉醫師有無不足？主管機關是否善盡把關監督之責？均有深入瞭解之必要。」，程仁宏、洪昭男、楊美鈴、尹祚芊，監察院，100年1月。

有四千多名現職麻醉護理人員，與麻醉醫師組成麻醉照護小組模式，提供麻醉醫療與照護。目前台灣有三類進階護理師(Advanced Practice Nurses)，分別為麻醉護理師、助產師、專科護理師。但至今仍無法源可保障麻醉護理師之執業，亦無法規範麻醉護理師之訓練素質。主管機關曾建議將麻醉護理師納入專科護理師進行討論，專科護理師學會爰提出將麻醉護理師納入外科專科護理師之次專科，建議麻醉護理師先完成外科專科護理師之核心訓練內容，再完成麻醉次專科內容，證照考試與訓練評鑑則一律比照其他專科護理師，由專科護理師學會專責。但台灣麻醉護理學會認為將衍生以下問題：(1)麻醉護理師之專科訓練時間與內容因須納入外科致麻醉護理專科知識與技能課程時間不足。(2)麻醉護理學會與麻醉醫學會身為麻醉專業之代表團體，無法主導證照考試與訓練內容事務，恐致麻醉護理師之教考訓用不符臨床需求。(3)現職四千多名麻醉護理師需以特考型式取得執業執照，執業權無法被保障。是以，**麻醉護理師**之分科，台灣專科護理師學會與台灣麻醉護理學會仍有歧見，迄未解決。

(七)綜上，本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會早於 98 年即已要求前衛生署增設**麻醉護理師**，惟迄今衛福部仍未有**麻醉護理師**之分科設置、甄審及相關管理法規，罔顧臨床實務對**麻醉護理人員**之長期需求，顯有怠失。衛福部允應儘速建立我國麻醉專業護理養成及甄審制度，與國際接軌，維麻醉護理臨床人力之素質及穩定。

三、本院前已調查指出國內各醫療機構長期輕忽麻醉醫療人力之補實，致有麻醉專科醫師疲於穿梭地區醫院、基層診所間施行麻醉或搖控護理人員操作等情事發生。近年雖經衛福部提出多項改善措施，然仍持續發生麻醉醫師跑臺等多起麻醉醫療疏失案例，現階段衛福部已修法將部分特定美容醫學手術之麻醉施行加以規範，後續臨床執行上之管理仍待落實，方能確保民眾麻醉醫療之安全

- (一) 依據醫師法第 28 條規定：「未取得合法醫師資格，執行醫療業務者，處 6 個月以上 5 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。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。」復依醫師法第 7 條之 1 規定：「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書」。
- (二) 對於麻醉醫療之執行管理依據上開法規，衛福部表示：醫師法第 28 條之意旨，凡具醫師資格者，均得執行各項醫療業務。專科醫師制度，僅係醫師之一種專長認定，依現行法令，並未限制非麻醉專科醫師，不得執行麻醉業務。而醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行外，其餘醫療工作得在醫師就特定病人診療後，由各該醫事人員本其專門職業法律所規定之業務，依醫師法第 28 條第 2 款規定之意旨，依醫師指示為之。又「輔助施行侵入性治療、處置」，

係屬護理人員法第 24 條<sup>5</sup>第 1 項第 4 款所稱醫療輔助行為之範圍；爰此，有關麻醉計畫之擬定、診斷及處方，鎮靜藥物使用包括：病人病況、有無特殊體質史、鎮靜藥劑之選擇、用量等使用前之有關病人診察評估、診斷及鎮靜藥物之使用，應由醫師親自為之，至計畫執行過程中之藥物注射（例如靜脈注射）、生命徵象監測及評估等醫療輔助行為，得指示護理人員本其專門職業法律規定執行。

- (三)本院前於 99 年間因台灣麻醉專科醫師遠不及美國及日本等先進國家、台灣麻醉相關致死率為美國 2 倍及日本 17 倍、國內麻醉醫師工作超時與超量，使人為因素引發重大麻醉併發症近 4 成等情立案調查。案經調查後發現，麻醉專科醫師、麻醉護理人員囿於其無法招攬病人、缺乏病人客源，以及醫療機構習以看診量、占床率、急診人次等利潤指標為經營導向，被迫屈居二線醫療地位，除健保支付標準迄未將其視為關鍵項目而適時予以精算外，醫療機構長期輕忽其人力之補實及工作報酬之合理，因而有醫療機構以薪資較麻醉專科醫師低廉甚多之麻醉護理人員執行大部分之麻醉醫療業務，或有麻醉專科醫師疲穿梭於地區醫院、基層診所間之手術臺(俗稱跑臺)操作或搖控護理人員操作，或逕以麻醉護理人員執行麻醉醫療業務(俗稱代麻)等情事發生。並以「衛生署輕忽我國麻醉專科醫師人力不足及區域失衡之窘況，致其與麻醉護理人員位處高風險之手術環境，頻頻超時、超量及超限工作，不無影響國

---

<sup>5</sup> 護理人員法第 24 條規定：「護理人員之業務如下：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。專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。」

人就醫權益及醫療品質」糾正前衛生署。

(四)經查衛福部 100 年迄今，歷年為改善麻醉醫療品質增修之相關管理規範如下：(1)105 年 8 月 30 公告修正 16 項「美容醫學處置(含美容醫學針劑注射處置)同意書及說明書範本」內容，將麻醉風險列入病患告知內容(即一般手術風險)。(2)106 年 3 月 22 日增訂醫療機構設置標準第 9 條診所設置標準有關門診手術室執行全身麻醉之設備規定，提升診所執行全身麻醉之品質及病人安全。(3)105 年 11 月 17 日以衛部醫字第 1051667434 號令核釋醫療法第 86 條第 7 款所稱「以其他不正當方式為宣傳」之範圍，減少誇張、不真實或不正當方式招徠醫療業務。

(五)然今(107)年媒體仍持續揭露麻醉醫療疏失案例：

- 1、107 年 1 月 24 日間媒體揭露「香港籍 52 歲馬姓女子，至嘉仕美整形外科診所，進行自體脂肪移植隆乳手術，不幸猝死」<sup>6</sup>案經臺北市政府衛生局調查發現：該診所施行麻醉之葉姓及劉姓醫師有未經報准，擅自前往嘉仕萌診所執行醫療業務之情形，並以違反醫師法第 8 條之 2 規定，裁處罰鍰在案。另邱姓手術護理人員亦有未經報准，擅自前往「嘉仕萌診所」協助手術之護理業務，並以違反護理人員法第 12 條第 2 項規定進行裁處。
- 2、107 年 1 月 25 日媒體再次揭露「70 歲江姓老婦人前往『渾然天成』醫美診所，疑似進行自費微创痔瘡手術，因麻醉問題，不治身亡。」<sup>7</sup>據執刀醫師表示：依前衛生署函示，麻醉屬醫療業範圍，

---

<sup>6</sup> 資料來源：<https://tw.news.appledaily.com/nextmag/realtime/20180131/1289123/> (下載時間 2018/09/03 16:29)

<sup>7</sup> 資料來源：<https://udn.com/news/story/7315/2950150> (下載時間 2018/09/03 16:15)

具醫師資格者均得執行，本人既然親自替病患進行麻醉，自無須另備獨立之麻醉醫師。案經臺北市政府衛生局調查以：參與該女性手術有負責醫師及護理人員，皆具醫事人員資格且執登於該診所；另負責醫師表示病患未執行手術時，在注射藥物(麻醉藥物 Propofol 共 5c.c.)就心跳停止，有使用及就藥物並急救……等情。後以該診所刊登誇大、無法積極證明廣告內容為真實，違反醫療法第 86 條進行裁處。

- 3、107 年 5 月 30 日媒體又揭露「宜蘭縣陳姓女子，赴某醫美診所做腋下除汗手術，未料進行局部麻醉時，全身抽蓄，陷入休克，緊急送醫院急救，但仍意識不清，昏迷指數 3」<sup>8</sup>案經宜蘭縣政府衛生局調查以：該機構未依規定建立詳實完整病歷，實施手術未向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書，違反醫療法第 63 條第 1 項及第 67 條第 1 項規定進行裁處。

基上可知，現行醫美診所所有由非麻醉醫師執行麻醉、另有麻醉醫師穿梭各診所間或搖控護理人員操作、醫美診所以刊登誇大、不實之宣傳及未將麻醉風險列入病患告知內容等情事發生。

- (六)衛福部在上開情事發生後，考量麻醉本身之風險性，且手術過程中若遇到緊急狀況，醫師可能無法於手術中脫離，進行緊急應變，於本案調查期間 107 年 6 月 8 日預告「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」(下稱特管辦法)修正草案

---

<sup>8</sup> 資料來源：<http://news.ltn.com.tw/news/Yilan/breakingnews/2442172> (下載時間 2018/09/03 16:26)

，並業於同年 9 月 6 日以衛部醫字第 1071665803 號令修正發布。該辦法第 27 條<sup>9</sup>明定，醫療機構施行第 23 條<sup>10</sup>手術時，其屬全身麻醉或非全身麻醉之靜脈注射麻醉特定美容醫學手術者，應有專任或兼任之麻醉科專科醫師全程在場，且應於手術時親自執行麻醉業務。而同辦法第 23 條所規範之特定美容醫學手術，僅包括：削骨、中臉部、全臉拉皮、單次脂肪抽出量達 1,500 升或單次脂肪及體液總抽出量達 5,000 毫升、腹部整形、鼻整形、義乳植入之乳房整形及全身拉皮等手術。雖未涵括同辦法第 2 條<sup>11</sup>所指特定美容醫學手術各項，然現階段衛福部已邁出修法第一步，將醫療美容之麻醉施行納入管理，後續仍待施行後進行調整。

(七)另對於近年婦產科無痛分娩與剖腹產、人工流產、直腸鏡檢、健檢中心施行之無痛腸胃鏡、牙科診所的「舒眠植牙」……等醫療麻醉需求之管理，衛福部表示有：醫療機構設置標準之醫院設置標準表及有關手術室規定；醫療機構設置標準之診所設置標準表有關門診手術室規定及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第十節麻醉費規定，診療項目半開放式或半閉鎖式面罩吸入全

---

<sup>9</sup> 特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第 27 條規定：「醫療機構施行第二十三條手術時，其屬全身麻醉或非全身麻醉之靜脈注射麻醉特定美容醫學手術者，應有專任或兼任之麻醉科專科醫師全程在場，且應於手術時親自執行麻醉業務。(第 1 項)前項非全身麻醉之靜脈注射麻醉屬中度、輕度鎮靜者，得由手術醫師以外之其他受麻醉相關訓練之醫師執行，不受前項應有麻醉科專科醫師規定之限制。(第 2 項)前項從事麻醉相關訓練之訓練機構，應向中央主管機關申請認可；受訓練之醫師應完成全部課程，並取得證明文件。(第 3 項)」

<sup>10</sup> 特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第 23 條規定：「施行下列特定美容醫學手術之醫師，應為專科醫師分科及甄審辦法之專科醫師，且每三年應接受美容醫學手術繼續教育課程至少二十四小時：一、削骨。二、中臉部、全臉拉皮 (full face lift)。三、單次脂肪抽出量達一千五百毫升或單次脂肪及體液總抽出量達五千毫升。四、腹部整形 (abdominoplasty)。五、鼻整形。六、義乳植入之乳房整形。七、全身拉皮手術。」

<sup>11</sup> 特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第 2 條規定：「本辦法用詞，定義如下：……三、特定美容醫學手術：指眼、鼻、耳、顱顏、胸、腹之整形，植髮、削骨、拉皮、自體脂肪移植、抽脂、包皮環切術外之生殖器整形，或其他單純改善身體外觀之手術。」

身麻醉法及半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法限由麻醉科專科醫師施行，其餘診療項目則無專科限制。由於上開婦產科、外科、家庭醫學科等科別之醫療皆有麻醉施行需求，惟各層級醫療機構迄今僅有硬體設施規範，並無施行麻醉人力、資格……等提升麻醉醫療品質之規範。

(八)綜上，按現行醫師法，具醫師資格者，均得執行各項醫療業務，專科醫師僅係醫師之專長認定；又「輔助施行侵入性治療、處置」，係屬護理人員法所稱醫療輔助行為之範圍。是以，現行法令並未限制非麻醉專科醫師，不得執行麻醉業務，對於執行麻醉過程中之藥物注射、生命徵象監測及評估等醫療輔助行為，並得指示護理人員為之。在國內各醫療機構長期輕忽麻醉醫療人力之補實，致有麻醉專科醫師疲於穿梭地區醫院、基層診所間之手術臺操作或搖控護理人員操作等情事發生後；近年雖經衛福部提出多項改善措施，然今仍持續發生麻醉醫師跑臺等多起麻醉醫療疏失案例，現階段衛福部已修法將部分特定美容醫學手術之麻醉施行加以規範，後續臨床執行上之管理仍待落實；又現階段仍有婦產科、外科、家庭醫學科等科別醫療有麻醉施行之需，有待衛福部全面檢討各科別麻醉施行情形以納入管理，方能確保民眾麻醉醫療之安全。

四、現行麻醉醫師人力及培育之評估機制，尚無法完全反應現階段醫院及基層診所執行麻醉人力之需，衛福部允宜研議定期透過相關委託研究，據以推估國內各時期各專科醫師人力需求之機制，合理調控各專科容額以符臨床醫師人力需求

(一)我國於 75 年 11 月 24 日增訂醫療法第 7 條之 1，其

中第 1 項規定：「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書。」及同法第 7 條之 2，其中第 2 項規定：「非領有專科醫師證書者，不得使用專科醫師名稱。」自此，專科醫師成為我國法定制度。復於 77 年 6 月 29 日依醫師法第 7 條之 1 條第 3 項規定訂定專科醫師分科及甄審辦法，該辦法第 7 條規定：「專科醫師訓練醫院應依中央衛生主管機關規定之專科醫師訓練課程綱要，擬定訓練計畫，辦理專科醫師訓練；其接受專科醫師訓練之人數，應依核定訓練容量為之。」

- (二) 依據專科醫師分科及甄審辦法第 3 條規定，醫師類之專科分科計有家庭醫學科、內科、外科、小兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、麻醉科、放射診斷科、放射腫瘤科、解剖病理科、臨床病理科、核子醫學科、急診醫學科、職業醫學科、整形外科等 23 類。有關 100 年迄今，衛福部對麻醉專科醫師人力需求評估一節，該部表示：自 90 年度起實施容額管制計畫，麻醉科人力穩定成長，近年（102-106 年）麻醉科專科醫師招收率均達 100%。另迄 106 年，麻醉科醫師領證人數 1,261 人，執業人數 1,124 人，執業比率近 9 成，且近 9 成於醫院執業。
- (三) 經查衛福部對於各科專科醫師人力評估，係綜整相關研究、國際比較及醫學會自評等方式，並提報「專科醫師訓練計畫認定會」(Residency Review Committee, 簡稱 RRC) 討論；另該部依據 92 年委託國家衛生研究院（下簡稱國衛院）執行之「推估及

預測台灣專科醫師人力需求」報告結果，以中推估人口數、經濟成長率為 4.5%及醫師生產力不變情況下，麻醉科專科醫師人力需求，每年約需培育 32 名麻醉科醫師；該部又鑒於近年醫院 24 小時急診會診需求及無痛鏡檢(如胃鏡、大腸鏡等)等業務之增加，麻醉科容額至 104 年由 54 名調整為 59 名，108 年再調整為 63 名。然查麻醉科專科醫師 100 年至 108 年，歷年專科醫師訓練容額核定為：100 年為 30 名、101 年 24 名、102 年 54 名、103 年 54 名、104 年 59 名、105 年 59 名、106 年 59、107 年 59 及 108 年 63 名。可知，自 102 年起，麻醉專科訓練容額大幅調整，並已超出國衛院 10 年前委託國衛院之「推估及預測台灣專科醫師人力需求」研究推估，麻醉科 108 年訓練容額核定差異更達該報告推估之 2 倍。顯示國衛院該報告之推估已不符麻醉科近年醫療人力需求。

- (四)次查衛福部除以上開國衛院研究進行麻醉專科人力推估外，另以綜整相關研究、國際比較及醫學會自評等方式，提報 RRC 討論。惟查在國際比較方面：由於台灣和加拿大麻醉系統較為相似（公醫制度及麻護配置）相較之下，台灣的醫病比只有加拿大的 45%。另依西元 2017 世界麻醉醫學會資料如下表，台灣每十萬人口之麻醉醫師數，相較美國、加拿大及鄰國日本為低。

	台灣	日本	加拿大	美國
麻醉醫師/十萬人口	5.6	9.6	12.4	20.8
麻醉醫師/全體醫師	3.4%	4.1%	5.5%	8.7%

資料來源：台灣麻醉醫學會。

而在相關研究文獻<sup>12</sup>結果方面：台灣麻醉專科醫師每人需同時執行 4 位病人(1:4)的麻醉，但以 1：3 為適宜。是以，無論國際間比較亦或是相關研究都顯示我國麻醉醫師人力無法反應臨床需求。

- (五)再據本院約詢如何推估現行麻醉醫師訓練容額、每年專科容額人數是否有調整之機制一節，衛福部醫事司石崇良司長表示：由於醫師每年訓練採總量管制，麻醉醫師訓練容額會根據需求進行總額控管，近年已調整至每年 59 人；會透過 RRC 會議進行討論。另針對是否有機制評估每年專科醫師容額訓練人數是否滿足臨床需求一節表示：目前尚未有較好的方式去預測每年專科容額之訓練，現行是依國衛院研究報告去推估需求。可知，現階段雖透過 RRC 會議決定各專科醫師訓練人力容額，但仍依據 15 年前國衛院研究報告去推估，近年尚無相關人力推估研究。
- (六)綜上，衛福部對於各科專科醫師人力評估，除依 92 年委託國衛院研究報告結果，推估麻醉科專科醫師人力需求外，並依相關研究、國際比較及醫學會自評等方式，提報「專科醫師訓練計畫認定會」決定，然因近年醫院急診會診需求及無痛鏡檢業務之增加，麻醉科容額自 102 起，大幅調整，除國衛院之推估報告已不符麻醉科歷年醫療人力需求外，國際間比較亦或是相關研究，亦都顯示我國麻醉醫師人力未能反應臨床之需，衛福部允宜研議定期透過相關委託研究推估國內各時期各專科及麻醉醫師人力

---

<sup>12</sup> Ju-O Wang , Chung-Yi Li , Senyeong Kao , Te-Chun Yeh , James F. Arens , Shung-Tai Ho. Factors associated with Taiwan anesthesiologists' intention to leave anesthesia practice. *Journal of the Formosan Medical Association* (2015) 114, 509e516

需求之機制，合理調控各專科容額以反應臨床醫師人力需求。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一及二，糾正衛生福利部。
- 二、調查意見三及四，函請衛生福利部檢討改進見復。
- 三、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族委員會處理。

調查委員：張武修

尹祚芊