

消防機關救護人員執行緊急救護 送達就近適當醫療機構之探討

A Study of the Fire Department Rescue Personnel Transport the Patients in Emergency to Nearby Appropriate Medical Institutions

潘日南^{*}、魏健利^{**}

Ryh-Nan Pan、Chien-Li Wei

摘要

緊急救護是指緊急傷病患或大量傷病患之現場急救處理及送醫途中之救護。緊急救護是需照護患者安全抵達醫院前之重要措施，到院前照護包括：穩定患者情況及將患者送抵適當醫療單位。緊急醫療救護法第 29 條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」本研究主要在探討緊急傷病患送達「就近」「適當」醫療機構。「就近適當」之「就近」主要目的為爭取醫療救護黃金時間，維持患者生命徵象穩定，「適當」是考量患者病情特殊，需要適合之醫療人員、設備及專長能力。研究結果認為，基於「患者」就醫權益立場，宜以「適當」為優先考量，以避免患者再行「轉診」至延誤診治，危及生命，次以「就近」考量，以爭取緊急醫療救護黃金時間，降低執勤人員運送責任風險，並期於最短時間內能回復所屬分隊救護能量。

關鍵字：緊急醫療救護、緊急救護、醫療機構、適當、就近

Abstract

Emergency medical services (EMS) are public safety systems that coordinate the delivery of pre-hospital care to patients under medical emergency conditions. The pre-hospital care includes the stabilization of the patient's condition and the transport of

* 臺灣警察專科學校消防安全科副教授

** 內政部消防署中級救護技術員訓練教官（Instructor of Emergency Medical Technicians at the National Fire Agency）、中央警察大學救護訓練課程講座（Lecturer in Emergency Medical Service at the Central Police University）。

the patient to an appropriate care facility. According to Article 29 of the Emergency Medical Services Act, rescue personnel shall proceed to perform on-site services by the order of the medical and disaster command center and transport the patients in an emergency to the appropriate medical care institution in the vicinity.

The purpose of this study is to investigate the patient shall be transported to the hospital that is designated to take charge of emergency medical treatment or other appropriate nearby medical organizations. Our results indicate that transport the patients in an emergency to the medical care institution in the vicinity should be adjusted to transport the patients in an emergency to the appropriate and competent medical care institution.

Key words : Emergency medical services (EMS)、medical care institution、appropriate

壹、前言

「到院前緊急救護」，係針對急需醫療照護之傷病急診病人，因無法及時送達醫院接受醫護處置，故由救護技術員至事故現場實施急救處置並送醫，過程中需快速、正確反應以爭取搶救黃金時間，是以，緊急傷病患之罹病率及死亡率乃隨著治療之延遲而增加。依據內政部消防署統計，民國 87 年全國各消防機關緊急救護出勤次數為 33 萬 5 千 4 百餘次，急救人數 23 萬 4 千 7 百餘人；民國 99 年全國各消防機關緊急救護出勤次數為 91 萬 8 千 8 百餘次，急救人數 74 萬 9 千 1 百餘人；民國 107 年緊急救護出勤次數為 18 年前的 3.3 倍，急救人數則為 3.9 倍，分別達到 110 萬餘次及 89 萬 7 千餘人；而民國 108 年全國各消防機關緊急救護出勤次數更為 111 萬 8 千 4 百餘次，急救人數 90 萬 5 千 9 百餘人，由全國各消防機關緊急救護統計資料得知，近一、二十年救護件數成長快速，另因我國人口老化，可預見將來的出勤件數勢必持續攀升，緊急救護與社會產生密不可分之關係¹。揆諸救護現場案況千變萬化，件件都考驗著救護人員急救處理與臨場應變能力。然而救護技術員並非醫護人員，且救護車之急救設備不若急診室，對於傷病患所能施予之急救處置有限，未若醫護人員可於醫療機構內利用醫療儀器、施打藥物、給予侵入性治療等處置搶救傷病患。近年來，因民意人權高漲，救護智識大幅提昇，救護人員常被以高規格標準進行檢驗，由於民眾及執勤人員彼此認知及觀念

¹ 資料來源：內政部消防署資訊網。
https://www.nfa.gov.tw/cht/index.php?code=list&flag=detail&ids=221&article_id=7270。

落差，導致各式各樣救護糾紛案例孕育而生。

綜觀國內歷年來之文獻報告，消防單位似乎都著重災害搶救與火災預防之研究探討，並未針對消防勤務最大之緊急救護工作，深入探討評估；而衛生部門、醫療院所單位大部分亦只局限對到院後緊急醫療之研究。

因此，本研究係藉由緊急救護法制面、救護實際案例、相關緊急救護文獻回顧及參考日本先進國家之相關緊急救護法規文獻等方式，針對緊急救護之「就近」、「適當」重要性等情形進行研析，以提供未來緊急救護施政上之重要參考。

貳、緣起^{2、3}

原告於民國 103 年 7 月 13 日早上 7 時 26 分許以手機向 119 救災救護指揮中心報案，救護車於 7 時 51 分許始到，原告太太（即訴外人王○○）當天因高血壓引起腦中風，屬重症危急個案，上救護車後，於運送途中表示恩主公醫院設備及醫療風評不佳，要求救護人員將其送往台大醫院不要送恩主公醫院，但救護人員未從，仍執意送往該醫院，結果病人經 1 個多月住院治療後不治往生。

另於民國 108 年 10 月 21 日晚間 20 時許○○市消防局○○分隊林、蕭兩名救護員獲報，至自強一路救護鄭姓婦人，鄭婦因發燒到 37.7 度、血壓飆破 200mmHg，由醫師建議前往醫學中心就診，鄭婦丈夫朱男要求送往有病歷的 A 醫院，不過，救護技術員認為需就近送 B 醫院，無法跨區送醫。

雙方爭執近十分鐘，朱男打手機給市議員李○○，市議員李○○透過電話向救護員溝通，仍未如願送 A 醫院，掛上電話後，朱男推太太離開後自行開車送醫，由於切結書及救護紀錄表簽名欄家屬均未簽名，任務取消。

據量測，救護任務距離 B 醫院在兩公里內，距 A 醫院超過 8 公里，而根據該市消防救護車收費辦法規定，具結後開立 1,700 元收費單，就能送往指定市區醫院。

○○市消防局表示，林、蕭兩名救護技術員大專畢業不到 2 年，消防局以資淺需學習為由，隔天分別調職至其他分隊學習；對此，○○市消防局長表示，不會給予行政懲處，希望同仁值勤更有彈性，做好救護任務。

該市消防救護車收費辦法規定，考量病患需求及避免醫療資源浪費，可視個案病情需要送往指定原就醫醫院，該市消防局表示「就近」之醫院不一定「適當」，如救護人員建議與病患或家屬意見相左，應於救護紀錄表簽名欄內勾選「救護人員已告知家屬或病患送往就近適當醫院較佳」，切結並簽名負責，避免衍生爭議。

² 104 年 11 月 6 日臺灣新北地方法院 104 年板國簡字第 7 號民事判決。

<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1327652>

³ <https://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/2958020>

參、文獻與法規探討

一、文獻探討

緊急救護之研究文獻，涵蓋範圍廣泛，在緊急醫療救護系統研究方面，學者馬惠明提到緊急醫療救護系統（Emergency Medical Services Systems, EMS）（馬惠明，2000），是民眾遭遇緊急傷病的第一道防線，也是進步國家的象徵。面對社會，家庭結構，與醫療制度的變遷，緊急醫療救護系統在未來的社會將扮演更積極與吃重的角色。未來的緊急醫療救護系統將是植基於社區，且是整體醫療照護的一環。必需致力於降低疾病與傷害的危險因子，對疾病與創傷提供緊急處置與追蹤，同時對慢性疾病的處理與社區照護有所貢獻。在過去四十年的EMS 相關研究還是比較著重一般的EMS（Aboueljine, Sahin, & Jemai, 2013），Aboueljine *et al.*（2013）的分類整理，大致上可以分為長期、中期和短期的決策：長期決策係以最小的成本設置醫療救護系統，以達到所要求的醫療服務水準，考量人力資源、醫療救護裝備成本，醫院以及救護車待命基地的設置問題，或是如何設置以上資源來最大化救援覆蓋率，長期規劃係針對如性能目標、選址、及支援配置等。中期決策則以給定長期決策所決定的救護資源，決定啟用基地數的最佳數量，同時決定每個基地待命的救護車數量，像是救護車分配問題、救護車再佈置問題，救護車指派問題或是救護人員排班問題等常見的問題均屬於中期的決策，中期策略包括配置問題、輪班等。而短期決策部分主要在決定派遣救護車的相關法則，最常見的法則是最近指派原則，指派待命中離案發地點最近的救護車執行任務，也有研究探討考慮優先的最近指派原則，被指派值勤中的救護車，若是發生緊急程度更高的案件，能夠被再度指派且優先執行此任務，派遣一台或是多台救護車來縮短反映時間，增加對未來服務需求的彈性；其他短期決策還包含，決定救護車再分配的派遣策略，在行車路線規劃上能有較高的需求覆蓋率，或是一些動態的決策，來符合案件的時間特性，短期運作包括資源派遣、選擇醫院、以及補位等策略之比較來進行探討。而模擬量測性能指標大多以反應時間（response time）、全程時間（round trip time）、救助時間（service time）、派遣時間（dispatching time）、等待時間（waiting time）、總里程數（total milage）、漏接率（loss ratio）、以及逾時（overtime）程度等來進行比較；Pinto *et al.*（2015）則建立了一般化救護車救援的模擬模型，此研究著重於模擬模型的重複使用性，提供一個救護車救援的流程圖，不同地區只需針對其中一些步驟，進行各地區不同的設定，就能模擬不同地區特色的救護車作業模式，透過所設定的模式，比對巴西醫院原本的作業模式與巴西地區採用英國的作業模式，對巴西的緊急救護系統績效的影響，研究結果

發現採用英國的作業模式能夠降低 6.69%的反應時間，並找出最佳的資源配置組合。

依據內政部消防署委託民調顯示：「民眾希望能縮短 119 受理報案到救災救護人員到達現場的時間」，因此讓救災救護人員能快速即時抵達現場救援，勢必成為未來政府努力的目標之一。當各縣市消防局接獲緊急救護案件時，119 救災救護指揮中心必須因應受理之案情，在最短的時間內作出最適當的判斷，包括決定派遣單位和救災或救護能量（人車）的多寡，並登打指派系統傳送分隊出動，鑑此，擴充受理指派系統功能，縮短受理時間，精確與快速調度及有效運用救災救護資源，並整合車輛衛星定位與行車路徑規劃，提升救災之指揮派遣效率，快速到達救災救護現場，並縮短車輛奔馳時間，達成「精準到位，效率派遣」，以符合民眾要求。

現今正處於資訊科技發展快速且智慧型電話普及化的時代，119 救災救護指揮中心指派系統應隨時代潮流，目前 119 救災救護指揮中心報案方式除了市話、公共電話、傳真、手機及簡訊報案外，新增智慧型手機 APP 報案功能，因此，119 救災救護指揮中心指派系統必須有強制顯示來電地址、引導式受理介面、預派遣模式及行動電話基地台、經緯度座標、電力座標、道路交叉路口與地標等報案定位功能，以強化民眾報案即時定位功能，縮短受理時間（尤其郊區及山難）提升派遣效率，並同時增加聽語障人士報案管道，以保障弱勢族群之權益。

不論是災害發生或緊急救護案件，待救民眾及家屬殷切盼望救護人車快速到來。目前我國 119 救災救護指揮中心運用現代化車隊管理科技，強化消防救災救護工作時效，讓救災救護能在最短時間於第一時間趕抵事故現場，爭取黃金救援時間，甚至提高存活率，另亦提升為民服務品質，讓民眾安心放心。

學者曾偉文以八仙樂園事故為例，認為大量傷病患（Mass Casualty Incident, MCI），應兼顧 MCI 傷患快速送醫與降低死亡率外，應就救護動員能量、現場後送管制、派車抵達率、現場檢傷方式等因素進行整體考量（曾偉文，2017）。林志信等人進行緊急救護技術員救護能力與救護應變影響因素之探討，篩選救護能力與救護應變的影響因素，嘗試建構統計模型，獲致救護能力與救護應變的預測（解釋）模式（林志信，2008）。另外，也進行緊急救護成效影響因素研究，研究結果發現，「EMT 救護技術」、「EMT 救護態度」、「生命徵象評估」、「救護處置」、「訓練」及「救護資源整合」等六個因素變項對緊急救護成效影響最為顯著，這些結果可提供消防機關在教育訓練、勤務規劃、改善緊急醫療處置及提昇緊急救護品質等方面之參考（林志信等人，2006）。

至於緊急救護法規相關研究方面，如緊急醫療救護法修定及醫院之因應（劉

明勳，2008)；學者李惠宗認為地方自治團體市民均有公物利用權。所謂「公物」，係指行政機關所支配管理以達行政目的之財產，廣義的公物包括：財政財產、行政財產及公共用財產，而公共用財產係指行政主體為達行政目的，直接供請一般市民使用之有體物例如救護車，而「禁止濫用救護車」之法理，屬「公物警察權」的案型，所謂「公物警察權」係指主管機關基於管理者的地位，從公益分配的觀點，限制或調整符合資格但可能對該公物作不當利用之權力（李惠宗，2015）。

二、法規探討

緊急醫療救護法立法目的係為健全緊急醫療救護體系，提昇緊急醫療救護品質，以確保緊急傷病患之生命及健康。而消防法立法目的係為預防火災、搶救災害及緊急救護，以維護公共安全，確保人民生命財產。而緊急救護辦法係基於消防法第 24 條授權而制定。茲將「緊急醫療救護法」與「緊急救護辦法」中之「緊急傷病患送達就近適當醫療機構」之相關規定，整理於下表：

表 1 緊急救護相關法規之比較

項目 \ 法規	緊急救護辦法	緊急醫療救護法
位階	法規命令	法律
立法目的	係依消防法第 24 條第 2 項規定訂定之。 消防法立法目的為預防火災、搶救災害及緊急救護，以維護公共安全，確保人民生命財產。	為健全緊急醫療救護體系，提昇緊急醫療救護品質，以確保緊急傷病患之生命及健康。
對象	第 2 條規定：「本辦法所指之救護人員，為直轄市、縣（市）消防機關執行緊急救護任務之人員。」	1. 第 4 條規定：「本法所稱緊急醫療救護人員（以下簡稱救護人員），指醫師、護理人員、救護技術員。」 2. 除消防機關所屬之救護技術員外，亦包括民間救護技術員、護理人員及醫師。
緊急傷病患定義	第 3 條第 1 款規定：「本辦法用語，定義如下：一、緊急救護：指緊急	第 3 條規定：「本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：一、緊急傷

法規 項目	緊急救護辦法	緊急醫療救護法
	傷病患或大量傷病患之現場急救處理及送醫途中之救護。」	病、大量傷病患或野外地區傷病之現場緊急救護及醫療處理。二、送醫途中之緊急救護。三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。四、醫療機構之緊急醫療。」
緊急傷病患 態樣	第 3 條第 2 款規定：二、緊急傷病患：指下列情形之一者：(一) 因災害或意外事故急待救護者。(二) 路倒傷病無法行動者。(三) 孕婦待產者。(四) 其他緊急傷病者。」	施行細則第 2 條第 1 款規定：「本法用詞，定義如下：一、緊急傷病：指具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理，將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病。二、緊急傷病患：指緊急傷病之患者。但不包括醫院已收治住院者。」
就近適當 醫療機構	第 5 條規定：「緊急傷病患之運送就醫服務，應送至急救責任醫院或就近適當醫療機構。」	第 29 條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構 ⁴ 。」

(作者自行整理)

三、就近適當相關函釋

(一) 101 年 3 月 26 日緊急救護辦法第 5 條修正前：

1. 內政部 93 年 12 月 9 日內授消字第 0930092558 號函：

緊急救護辦法第 5 條所稱「急救責任醫院」係依「轄區內醫院之緊急醫療設備及專長」為認定原則，與「就近適當醫院」採「就近」原則有別。是否採「就近送醫」，除依傷病患者本人或其隨從家屬要求外，並應以救護技術員專業執勤經驗作綜合判斷。

2. 衛生署 96 年 3 月 8 日衛署醫字第 0960006292 號函：

⁴ 醫療機構設置標準第 2 條醫療機構分類如下：一、醫院；二、診所；三、其他醫療機構：

所稱「就近適當」醫療機構，尚須由救護人員評估現場傷患狀況後，並依轄區內醫療機構之人員、設備及專長能力判定所應送達之收治場所。

3. 內政部消防署 96 年 6 月 1 日消署護字第 0960013831 號函：

緊急救護辦法第 5 條規定：「緊急傷病患之接送就醫服務，應送至急救責任醫院或就近適當醫療機構」。揆諸文意，救護技術員執行緊急救護除考量「醫院之醫療設備、專長，使傷病患能獲得最優照護」外、亦應顧及「傷病患緊急救護醫療黃金時機，確保生命徵象能持續穩定維持」，另為使執行之消防單位救護能量能迅速回復俾利後續派遣尚宜採「就近」原則運送，俾臻周延完備，以保障緊急傷病患之生命及健康。倘緊急傷病患本人或其隨從家屬要求送至前項以外「其他醫療機構者」，救護技術員仍宜衡酌前述事項，並依救災救護指揮中心指示執行緊急救護運送事宜，以昭慎重。

4. 內政部消防署 96 年 12 月 4 日消署護字第 0960031056 號函：

按立（修）法理由就近適當醫療機構包括急救責任醫院，因此，「就近適當」判斷基準可採下列作法：

- (1) 原則上以運送至就近適當急救責任醫院為主。
- (2) 倘隨從家屬要求送至前述以外之其他醫療機構，經救護技術員評估傷病患之病情確實為特殊病情，而患者生命徵象能持續穩定維持；又他轄消防分隊救護能量足以支援調度因應時，則儘量配合家屬要求運送至適當醫院救治。
- (3) 為避免實務上運送就醫時衍生爭議，衛生主管機關應儘早確立依傷病情狀況分級運送制度，以作為救護人員執行運送準據，俾保障傷病患者就醫權益。
- (4) 救護人員應依救災救護指揮中心指示，將緊急傷病患送達就近適當醫療機構，宜以急救責任醫院為首要考量。
- (5) 傷病患或其家屬堅持運送至非急救責任醫院時，須遵守衛生主管機關所定「緊急傷病患救護作業程序」之規定。倘無規定或無救災救護指揮中心可資請示者，應盡專業人員之告知義務，說明就近適當醫院及運送風險等救護資訊。
- (6) 倘傷病患或其家屬仍堅持運送至非急救責任醫院時，應於救護紀錄表中載明詳細情形，並由傷病患或其家屬簽章後，報請救災救護指揮中心依其指示辦理（兼顧轄區救護能量儘速回復），俾合乎法治及實務運

作需求。傷病患意識不清且親屬不在場時，應於救護紀錄表內一併載明。

5. 內政部消防署 100 年 10 月 11 日消署護字第 1000024038 號函：

依據救護技術員管理辦法第 9 至 11 條規定，消防機關救護技術員（EMT）於現場評估傷病患實際情況後，得施予相關救護處置。

（二）101 年 3 月 26 日緊急救護辦法第 5 條修正後：

衛生福利部 102 年 11 月 20 日衛部醫字第 1021621799 號函：

1. 按到院前緊急醫療救護重點乃在於搶救緊急傷病患之黃金時效，以進一步銜接後續之急性醫療照護，故依據緊急醫療救護法第 29 條規定，救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構，合先敘明。
2. 有關「就近適當」之原則，因現場傷病患病情嚴重程度狀況不一，加上各地區緊急醫療資源亦不相同，爰當救護人員到達現場，現場救護人員除施行緊急救護處理外，尚需評估傷病患病情嚴重程度並依據轄區內醫院緊急醫療能力、收治量能（如醫院急診室已通報滿床滿載）及交通狀況等多重因素作綜合判斷，決定應送達就近且適當之收治醫院，以維護緊急傷病患生命權益。

肆、日本有關「就近適當」之規定

有關日本緊急救護法規「就近適當」之規定，如下表 2：

表 2 日本緊急救護法規「就近適當」之規定

項目 \ 法規	日本消防法 ⁵	日本消防組織法 ⁶
位階	法律	法律
立法目的	日本消防法第 1 條規定： 本法條主要目的除預防火災、警戒及鎮壓、保護國民的生	日本消防組織法第 1 條規定： 消防任務主要是發揮配備和人員的力量，保護國民的生命、身體及財產免

⁵http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC1000000186&openerCode=1

⁶http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=322AC0000000226&openerCode=1

<p>法規</p> <p>項目</p>	<p>日本消防法⁵</p>	<p>日本消防組織法⁶</p>
	<p>命、身體及財產免受火災之害之外，也減輕火災或地震等災害，讓災情降到最低，並「適當」運送因災害等造成的傷病患，維護安寧秩序，促進社會公共福祉為目的。</p>	<p>受火災之害，預防治水、火災或地震等災害，以及減輕這些災害造成的災情以外，並「適當」運送災害等造成的傷病患為任務。</p>
<p>實施基準制定</p>		<p>日本消防組織法第 35 條之 5 規定： 為了讓都道府縣消防單位有關傷病患運送及醫療機構收診的救護業務能夠迅速且「適當」進行，必須制定傷病患運送及傷病患收診的相關實施基準。</p>
<p>實施基準執行</p>		<p>日本消防組織法第 35 條之 7 規定： 消防單位運送傷病患時，必須遵守實施基準。醫療機構收容傷病患時，必須致力尊重實施基準。</p>
<p>協議會組織及成員</p>		<p>日本消防組織法第 35 條之 8 規定： （一）都道府縣，應組織協議會，作為協商實施基準事宜及聯絡協調遵照實施基準運送傷病患及收診相關事宜。 （二）協議會由下列成員組成： 1. 消防單位的職員。 2. 醫療機構的管理人或其指定的醫師。 3. 由醫療相關學識資歷者組成的團體所推薦的人員。 4. 都道府縣政府的職員。 5. 除了具學識資歷者，都道府縣政府認</p>

法規 項目	日本消防法 ⁵	日本消防組織法 ⁶
		為必要的成員。

伍、「緊急救護」運送就醫原則探討

緊急醫療救護法第二十九條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」按該條立法及修正理由，主要明定救護人員有依救災救護指揮中心指示，前往現場執行急救送醫之義務。揆諸緊急醫療救護法第一條立法意旨，在於確保緊急傷病患生命及健康，因此，後送緊急傷病患處所以「就近適當」醫療機構為原則。

緊急救護送醫原則為「緊急傷病患送達就近適當醫療機構」，所謂「醫療機構」依醫療機構設置標準第二條規定，醫療機構包括醫院、診所及其他醫療機構。而「緊急傷病患送達就近適當醫療機構」意即在「適當的時間，將適當的病人，送至適當的醫院治療」，「就近適當」就是把病患送至距離最短，且有能力急重症（如中風、心肌梗塞、重大創傷）之醫院，確保資源留給最需要的民眾，且病患情況危急，理當以穩定病情為優先考量，若跨區送醫可能導致病情在送醫過程中惡化。「就近」，理論上是可從 GPS 定位，讓救護員有客觀的基礎資訊，實務上，因時間急迫，此方式可能緩不濟急，因此，部分縣市自行律定救護現場可送達之急救責任醫院供執勤之救護人員判斷選擇。「適當」是綜合傷病情、醫院層級、當下有沒有能力收治及預估送醫時間等因素，由現場救護人員判斷，挑出最佳的選項，意即估計最快可以送達有能力收治的醫療機構。由於消防救護工作有其時效性及急迫性，以目前緊急救護案件數量及人力資源來說，救護車實不應離開轄區太遠或執行任務過久，以免耽誤其他民眾使用救護車以及執行緊急任務。現今緊急救護辦法明文律定緊急救護人員送醫以急救責任醫院或就近適當醫療機構為主。也就是說，患者送醫醫院由救護人員依據患者病情嚴重度來判斷為原則，非依家屬指定，更非以患者經常就醫醫院為主，例如患者因車禍事故導致大腿骨折而需開刀治療，救護人員卻不送往大型醫學中心，在家屬眼裡或許認為此傷情很嚴重，但是以醫學的角度來說、以緊急救護人員的角度來看，這種類型傷病患應該於附近的地區醫院就可以處理，不須立即送往醫學中心來癱瘓該醫學中心的醫療資源。在急診創傷訓練中建議救護人員，如果患者為重大創傷患者（頭、胸等受到重大傷害、意識不清之類的患者）需要創傷小組接手治療，但判斷可以初步維持生命徵象者，建議救護人員可以送到 30 分鐘內有創傷小組的醫院救治（通常為醫學中

心)；如果救護人員判斷沒有辦法維持其生命徵象或患者 OHCA (到院前失去生命徵象)，則應送往最近的急救責任醫院接受急救，以圖穩定患者生命；輕傷患者(如擦傷、骨折等)則送往就近醫院救治即可。在現今民眾普遍信奉大型醫院及民意氾濫的情況下，建議應落實後送分級制度及救護車收費制度，以避免緊急醫療救護系統運作異常。

依據緊急醫療救護法施行細則第二條第一款規定，「緊急傷病」係指具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理，將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病。因此，基於「確保緊急傷病患之生命及健康」，本文作者認為應送往「就近且適當之收治醫院」為原則。「就近適當」之「就近」主要目的為爭取醫療救護黃金時間，維持急診病人生命徵象穩定，「適當」是考量急診病人病情特殊，需要適合之醫療人員、設備及專長能力，對急診病人而言，「就近」及「適當」應同時具備，以確保緊急傷病患之生命及健康。當「就近」、「適當」如無法兼具時，應如何處理？本文作者認為，基於「急診病人」就醫權益立場，宜比照日本上述作法以「適當」為優先考量，以避免急診病人再行「轉診」至延誤診治，危及生命，次以「就近」考量，以爭取緊急醫療救護黃金時間，降低執勤人員運送責任風險，並期於最短時間內能回復所屬消防分隊救護能量。救護人員應於所有適當醫療機構中選擇就近者後送，考量因素除病人病情危急度外，後送距離、醫療機構急救能力及交通狀況等均須納入，同時，緊急醫療救護管理資訊系統輔助是不可或缺，透過資訊系統管理除即時查詢急診病人送醫或轉院狀況以利應變、節省人力統計外，統計分析資料亦可作為日後推動政策時重要參考。

依據緊急醫療救護法第二十九條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」所稱「醫療機構」除醫院外，還包括診所及其他醫療機構。筆者認為具緊急醫療應變能力之醫療機構以「醫院」為主，而在所有醫院中最適當者當屬衛生機關所指定之「急救責任醫院」，因此「有能力之就近急救責任醫院」即為消防機關後送緊急傷病患之最佳醫療處所，實務上，有將孕婦待產者依家屬或傷病患指定送至產檢之「婦產科診所」，如為一般正常接生情形下或可以傷病急診病人最大利益考量送至該就近診所，然如急診病人腹痛狀況不明，冒然將急診病人運送至診所後仍須轉診，並不符合衛生福利部前開函釋應送達「就近且適當之收治醫院」意旨，且可能造成危急病患之生命及健康情形。

二、「就近」、「適當」運送就醫原則評析

依據緊急醫療救護法施行細則第 2 條第 1 款規定，「緊急傷病」係指具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理，將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病。因此，基於「確保緊急傷病患之生命及健康」，本文認為應送往「就近且適當之收治醫院」為原則。「就近適當」之「就近」主要目的為爭取醫療救護黃金時間，維持急診病人生命徵象穩定，「適當」是考量急診病人病情特殊，需要適合之醫療人員、設備及專長能力，對急診病人而言，「就近」及「適當」應同時具備，以確保緊急傷病患之生命及健康。

當「就近」、「適當」如無法兼具時，應如何處理？本文認為，基於「急診病人」就醫權益立場，宜比照日本上述作法以「適當」為優先考量，以避免急診病人再行「轉診」至延誤診治，危及生命，次以「就近」考量，以爭取緊急醫療救護黃金時間，降低執勤人員運送責任風險，並期於最短時間內能回復所屬消防分隊救護能量。

救護人員應於所有適當醫療機構中選擇就近者後送，考量因素除病人病情危急度外，後送距離、醫療機構急救能力及交通狀況等均須納入，同時，緊急醫療救護管理資訊系統輔助是不可或缺，透過資訊系統管理除即時查詢急診病人送醫或轉院狀況以利應變、節省人力統計外，統計分析資料亦可作為日後推動政策時重要參考。

依據緊急醫療救護法第 29 條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」所稱「醫療機構」除醫院外，還包括診所及其他醫療機構。本文認為具緊急醫療應變能力之醫療機構以「醫院」為主，而在所有醫院中最適當者當屬衛生機關所指定之「急救責任醫院」，因此「有能力之就近急救責任醫院」即為消防機關後送緊急傷病患之最佳醫療處所，所謂「有能力」即是「適當」。過去實務上，有將孕婦待產者依家屬或傷病患指定送至產檢之「婦產科診所」，如為一般正常接生情形下或可以傷病急診病人最大利益考量送至該就近診所，然如急診病人腹痛狀況不明，冒然將急診病人運送至診所後仍須轉診，並不符合衛生福利部前開函釋應送達「就近且適當之收治醫院」意旨，且可能造成危急病患之生命及健康情形。

從「醫院緊急醫療處理能力分級」而言，本文認為仍以「適當」之就近急救責任醫院為優先，後續如要求更好之緊急醫療救護品質服務，再進行醫療機構間轉診作為，主要理由：

(一) 緊急救護處置目的是讓急診病人情況穩定並維持生命徵象或緊急止血，若

需要更深入治療或更為妥善照護，才會探討轉診或轉院之問題，畢竟救護車在沒有太多高級設備及技術下，緊急救護能施作之救護範圍有限。

- (二) 醫院如無法提供適切治療或因人員、設備及專長能力不足時，醫院於收到消防機關無線電送醫通知後，宜即時反應，俾利消防機關送至「次近」適當急救責任醫院。由於都會型與鄉村型醫療資源不均，「醫療處理能力分級」（適當）與「就近」送醫原則，常無法同時兼具。因此，「就近適當」應考量「傷病情狀況」、「執行單位承載負荷與責任風險⁷」、「醫療機構診治能量」及「急診病人本身或隨從人員感受與要求」作綜合判斷，俾符合「最小傷害」及「最佳利益」原則。
- (三) 在緊急傷病之狀況下，病人「自主權」與其「生命權」之衡量，當以保障其「生命權⁸」為優先考量。病人自主權在面對可能生命喪失時，本文作者認為應以送至「適當」就近急救責任醫院為主，交由醫院先作立即性搶救生命之處置，在多家急救責任醫院都適當之狀況下，以「就近」者為後送第一首選。若為特殊急病案例，在一般急救責任醫院均無法處置之狀況下，才會考量送往「特殊」適當急救責任醫院，「適當」之原則應以「責任醫院是否有能力」作為判斷標準，而不該以「病歷」或「家屬意願」作為評判依據。
- (四) 傷病患送醫是以其「最大利益」為依歸，包括適當之院前急救、即時將患者送至就近之合適醫院接受治療（含醫院規模、設備及接收病人能力、送院後診斷、治療、護理，以及出院後康復服務都是主要考慮因素）等「病人全面護理」，而行車距離、行車時間及交通狀況並非唯一或最主要考慮因素。
1. 緊急救護辦法第五條規定：「緊急傷病」之運送就醫服務，應送至急救責任醫院或就近適當醫療機構，其中「就近適當」，實務上以「急救責任醫院」為足夠，然各縣市醫療資源不一，為確保緊急救護服務品質，消防機關執行緊急救護在不逾越緊急醫療救護法所規定之「就近適當醫療機構」前提下，建議以送至「就近有能力之急救責任醫院」為原則，以保障緊急傷病患之生命及健康。

⁷ 責任風險（Liability risk）指因侵權行為或執行職務上行為造成第三人財產或人身損害，在法律上負有償責任之緊急救護風險。

⁸ 我國憲法第十五條規定，國家應保障人民生存權。基本上，人要生存一定要有生命，沒有生命者無法生存，因此生存權第一要素就是生命權，凡是一切維持人的生命所需的都是生存權保障之範圍。

2. 緊急醫療救護法第二十九條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」其中「送達就近適當醫療機構」與「按醫院分級後送」常因各縣市轄區醫療資源不一而未能相符！各縣市轄區應有輕度級、中度級及重度級醫院設計，即可依制度設計於縣市救護轄區內分級運送傷病急診病人，達成就近區域醫療之概念，以符合緊急醫療救護法確保傷病急診病人之生命及健康的立法目的！然而，大部分縣市缺乏完整各級別醫院，加上城鄉醫療資源差距，影響救護人員後送或轉送機制進行！
 3. 為避免病人病情惡化、降低死亡率，緊急醫療救護法第二十九條規定：「救護技術員應將患者送往就近適當醫療機構就醫」，所謂「就近適當」，係指就近並可有效處置病人病情之醫療機構，其立法目的是希望能於最短時間內將緊急傷病患送至醫院急救，即時穩定其生命徵象，避免因送醫時間延遲而造成人體不可逆傷害。由於 119 救護資源有限，民眾要求送達指定醫院，固然滿足一方當事人方便，卻可能因病患指定遠送，而造成當地救護區救護車呈「真空」狀態，進而延遲其他緊急傷病患送醫時間，反而造成有救護急需之緊急傷病患權益受損。
 4. 在美國緊急醫療系統採取兩種妥協方式，第一種是如果該病患所要求之送往醫院，比最近適當醫院車程不超過 10 分鐘，那麼救護人員會同意傷病患要求將之送往其要求之醫院。第二種如果救護人員認為傷病患所要求之送往醫院距離太遠，可能會導致傷病患在運送當中有生命危險，則救護人員會聯絡醫療指導醫師，向傷病患者分析該情況後，結果可能遭受傷病患者拒絕或是與傷病患者發生激烈爭論情況下，同意傷病患要求，將其送往其所要求之醫院。主要原因是對於送往醫院選擇，救護技術員應考慮傷病患之醫療需要和最佳利益。
- (五) 世界醫學協會在 1981 年發表《里斯本宣言》(WMA Declaration of Lisbon on The Rights of the Patient, 1981)，列出病患在尋求治療過程中的基本權利。1980 年代，Beauchamp 和 Childress (2012) 出版《生物醫學倫理原則》(Principles of Biomedical Ethics)，制定了直到現今仍在沿用的現代醫學倫理架構。現代醫學倫理包括四大原則—病患自主權原則 (Principles of Autonomy)、行善原則 (Principles of Beneficence)、不傷害原則 (Principles of Non-maleficence) 及公平正義原則 (Principles of Justice) 等基本原則。而行善原則與不傷害原則是一體之兩面，也就是說此兩者有積極與消極上的差別，本文認為救護技術員 (EMT) 將病人送至「適當」就近急救責任

醫院為主，交由醫院先作立即性搶救生命之處置，在多家急救責任醫院都適當之狀況下，以「就近」者為優先後送首選。若為特殊急病案例，在一般急救責任醫院均無法處置之狀況下，才會考量送往「特殊」適當急救責任醫院，「適當」之原則應以「責任醫院是否有能力」作為判斷標準時，此係以病人之利益為依歸，此係救護技術員（EMT）積極面之行善原則的表現。另消極面來說，若救護技術員故意違反「不傷害原則」，此行為會使病人受到傷害，例如應將病人送至急救責任醫院，卻將病人送至一般診所，導致延誤就醫治療時機，對病人造成傷害。

緊急救護辦法第 5 條規定：「緊急傷病患之運送就醫服務，應送至急救責任醫院或就近適當醫療機構」，其中「就近適當」，實務上以「急救責任醫院」為足夠，然各縣市醫療資源不一，為確保緊急救護服務品質，消防機關執行緊急救護在不逾越緊急醫療救護法所規定之「就近適當醫療機構」前提下，建議以送至「就近有能力之急救責任醫院」為原則，以保障緊急傷病患之生命及健康。

緊急醫療救護法第 29 條規定：「救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。」其中「送達就近適當醫療機構」與「按醫院分級後送」常因各縣市轄區醫療資源不一而未能相符！理論上各縣市轄區應有輕度級、中度級及重度級醫院設計，即可依制度設計於縣市救護轄區內分級運送傷病急診病人，達成就近區域醫療之概念，以符合緊急醫療救護法確保傷病急診病人之生命及健康的立法目的！然而，大部分縣市缺乏完整各級別醫院，加上城鄉醫療資源差距，影響救護人員後送或轉送機制進行！

為避免病人病情惡化、降低死亡率，緊急醫療救護法第 29 條規定：「救護技術員應將患者送往就近適當醫療機構就醫」，所謂「就近適當」，係指就近並可有效處置病人病情之醫療機構，其立法目的是希望能於最短時間內將緊急傷病患送至醫院急救，即時穩定其生命徵象，避免因送醫時間延遲而造成人體不可逆傷害。由於 119 救護資源有限，民眾要求送達指定醫院，固然滿足一方當事人方便，卻可能因病患指定遠送，而造成當地救護區救護車呈「真空」狀態，進而延遲其他緊急傷病患送醫時間，反而造成有救護急需之緊急傷病患權益受損。

陸、結論

一、救護人員將緊急傷病患送達「就近適當」醫療機構，應依個別案件，主要以「適當」為首要考量，次以「就近」為原則：

緊急醫療救護法第 1 條規定，緊急醫療救護主要目的為確保緊急傷病患之生

命及健康，因此，救護人員應將緊急傷病患送達有能力之就近急救責任醫院。救護人員於救護現場進行專業判斷時，本文認為應將以下面向納入考量：

(一) 急診病人意願：

生命權、自主權同等重要，急診病人有權決定診治自己之醫療機構，但須注意急診病人可能為精神耗弱或喪失之人。

(二) 家屬意見：當急診病人無法決定時。

(三) 專業評估：受過訓練且知醫療機構狀況。

(四) 其他因素：路程塞車與否、醫院是否滿床、醫院診治能力等。

原則上以送至「有能力之就近急救責任醫院」為主，至於實務上可能會發生需跨縣市救護轄區而遠送其他醫院之情形，如病情特殊急診病人需特殊醫療儀器，亦應於後送傷病急診病人決定時納入考量。

二、救護人員專業判斷應於相關法規中充分授權律定，以保障其權益：

救護人員依現場有限資訊作出最好判斷及處置，以確保緊急傷病患生命及健康。救護人員專業判斷如能獲得立法保障，授權由救護人員於救護現場進行專業判斷後，將傷病急診病人送至「適當」醫療機構，將有利於提高緊急醫療救護服務品質，即便是專業判斷日後遭致非議或涉訟，亦應由所屬機關進行協調、處理或負責（救護人員專業判斷得免責），避免救護人員擔憂面臨法律責任風險而產生防禦性救之護情形，亦可對非正確使用救護資源者進行教化宣導以減緩救護出勤次數成長，將珍貴救護資源留給需要的人。

三、加強消防機關與衛生機關及醫療機構間通力合作：

為健全緊急醫療救護體系，在現有的醫療資源下，加強消防機關與衛生機關及醫療機構間的合作，建構傷病患檢傷分類作業程序及權責分工合作機制，律定救護人員權益保障條款，給予充分授權及專業尊重，方能提昇緊急醫療救護服務品質，確保緊急傷病患之生命及健康。

參考文獻

一、中文部分

104 年 11 月 6 日臺灣新北地方法院 104 年板國簡字第 7 號民事判決－當事人請求國家賠償事件。民國 106 年 12 月 1 日，下載自 <http://fjjud.lawbank.com.tw/list2.aspx>。

立法院法律系統,民國 106 年 12 月 1 日,下載自 <http://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^C40CC0890CC082D40CC08197C060D48CC8894CC062DC0DD4910C>。

陳致安,《緊急救護風險之決與風險管理需求研究——以消防人員為例》。國立高雄第一科技大學風險管理與保險係碩士論文,民國 93 年,頁 13。

林志信,緊急救護成效影響因素與解釋模式之檢驗,中央警察大學執法新知論衡,第 4 卷第 2 期,2008 年。

林志信,林元祥,潘國雄,緊急救護技術員救護能力與救護應變影響因素之探討,中央警察大學執法新知論衡,第 2 卷第 2 期,2006 年。

曾偉文,大量傷患事故緊急救護策略評估——以八仙樂園事故為例,災害防救科技與管理學刊,第 6 卷第 1 期,2017 年。

馬惠明,二十一世紀的緊急醫療救護系統,台灣醫學,第 4 卷第 2 期,2000 年。

劉明勳,緊急醫療救護法修定及醫院之因應,衛生醫療政策,第 2 卷第 6 期,2008。

李惠宗,濫用救護車,該當何罪?——談文義不是法律解釋的唯一方法,月旦法學教室,第 151 期,2015。

二、外文部分

日本消防法,下載自 http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC1000000186&openerCode=1。

日本消防組織法,下載自 http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=322AC0000000226&openerCode=1

Aboueljinane, L., Sahin, E., & Jemai, Z. A review on simulation models applied to emergency medical service operations. *Computers & Industrial Engineering*, 66: 734-750, 2013.

World Medical Association Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. World Medical Association 1981.

Tom L. Beauchamp and James F. Childress; *Principles of Biomedical Ethics*. seventh edition, Oxford Academic 2012.

Pinto, L. R., Silva, P. M. S., & Young, T. P. A generic method to develop simulation models for ambulance systems. *Simulation Modelling Practice and Theory*, 51, 170-183. 2015.