

國立臺灣大學醫學院醫學教育暨生醫倫理研究所



碩士論文

Graduate Institute of Medical Education & Bioethics

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

台灣醫師面對醫療糾紛的困境與教育需求

The Plight and Educational Needs of Physicians in  
Taiwan regarding Medical Disputes

林欣慧

Hsin-Hui Lin

指導教授：吳建昌 博士

Advisor: Chien-Chang Wu, Ph. D.

中華民國一百零六年八月

August 2017

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書



台灣醫師面對醫療糾紛的困境與教育需求

The Plight and Educational Needs of Physicians in Taiwan  
regarding Medical Disputes

本論文係林欣慧（學號 R04457004）在國立臺灣大學醫學教育暨生醫倫理研究所完成之碩士學位論文，於民國 106 年 7 月 21 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

吳建昌

陳齊元

（指導教授）

陳聰富

朱宗信

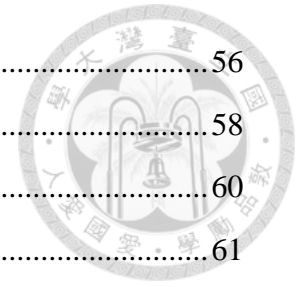
所長：



## 目 錄

口試委員會審定書 .....	i
誌謝 .....	vi
中文摘要 .....	viii
英文摘要 .....	x
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究動機 .....	1
第二節 研究背景 .....	2
第三節 研究目的 .....	5
第二章 文獻回顧 .....	6
第一節 醫療糾紛之定義 .....	6
第二節 台灣醫師與醫療糾紛現況 .....	8
第三節 醫療糾紛對醫師的影響 .....	12
第四節 醫療糾紛相關教育課程 .....	14
第三章 研究方法 .....	18
第一節 研究設計 .....	18
第二節 研究對象 .....	20
第三節 研究工具 .....	22
第四節 研究步驟與流程 .....	24
第五節 資料處理與分析 .....	25
第四章 國內醫師面對醫療糾紛的困境：研究結果 .....	28
第一節 研究樣本特性 .....	28
第二節 訪談研究編碼總論 .....	33
第三節 訪談研究編碼(一)：訴訟程序與法律邏輯相關 .....	35
第四節 訪談研究編碼(二)：自我認同危機相關 .....	41
第五節 訪談研究編碼(三)：人際網絡與社會互動相關 .....	44
第六節 訪談研究編碼(四)：金錢賠償造成之壓力 .....	54
第五章 國內醫師面對醫療糾紛的困境：討論 .....	56

第一節	醫療糾紛之真相調查與歸責 .....	56
第二節	醫師與加害人 .....	58
第三節	一般人也可能會遇到的司法困境 .....	60
第四節	病家、同行、媒體、醫院與醫師 .....	61
第五節	教育是否能改善困境 .....	63
第六節	研究限制 .....	64
第六章	國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求：結果與討論 .....	65
第一節	研究樣本特性 .....	65
第二節	研究結果與討論：質、量資料多重檢核 .....	69
第三節	研究結果與討論：質性資料補充 .....	87
第四節	研究限制 .....	90
第七章	結論與建議 .....	91
第一節	國內醫師面對醫療糾紛的困境 .....	91
第二節	國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求 .....	92
參考文獻	.....	95
附錄一	問卷全文 .....	101
附錄二	訪談研究邀請函 .....	107
附錄三	訪談大綱 .....	108



## 表 目 錄



表一：國內醫療糾紛發生率研究比較.....	4
表二：地方法院刑事判決案件數(與占整體百分比)，以地理分布.....	11
表三：被告所屬之醫療院所層級分布.....	11
表四：地方法院刑事判決罪名類別、件數(與占整體百分比).....	12
表五：台灣大學醫學院105學年度，網頁公告醫療糾紛相關教育課程.....	16
表六：受訪者基本資料表.....	28
表七：困境訪談研究結果編碼表.....	34
表八：問卷填答者之基本資料.....	66
表九：醫師養成教育加入醫療糾紛相關課程之需求統計.....	70
表十：醫療糾紛授課主題偏好統計.....	73
表十一：過去醫療糾紛相關課程上課經驗統計.....	76
表十二：醫療糾紛課程授課時間點與時數敘述性統計.....	80
表十三：醫療糾紛課程授課時間點與時數推論性統計.....	81
表十四：醫療糾紛課程授課地點敘述性統計.....	83
表十五：醫療糾紛課程授課地點推論性統計.....	83
表十六：影響醫療糾紛課程參與原因敘述性統計.....	84
表十七：影響醫療糾紛課程參與原因推論性統計.....	85
表十八：醫療糾紛課程選修或必修之偏好敘述性統計.....	86
表十九：醫療糾紛課程選修或必修之偏好推論性統計.....	86

## 圖 目 錄

圖一：衛福部醫事司醫審會受理委託醫事鑑定案件數歷年統計長條圖 .....	3
圖二：Nvivo 11.0 軟體介面示意圖 .....	26



## 誌 謝



感謝指導教授吳建昌老師，從題目發想開始即引領學生思考與行動，似一名教練指導一位運動員般分享視野、給予即時回饋、並時時鼓勵。感謝老師以身教與言教展現研究者對問題敏銳的觀察與執行研究計畫的毅力，提供給學生強大的軟硬體研究資源支援，包括納入研究計畫、受訪者之人際網絡聯繫等。論文沒有您是不可能完成的！

感謝論文口試委員陳聰富老師與陳彥元老師，百忙之中抽空閱讀論文初稿，對論文研究方法、結果、討論提出諸多精闢見解與指導，使本論文能更臻完備。

感謝台大醫學教育與生醫倫理研究所所長、與所有專任、兼任或特聘教師：兩年的研究所碩士班期間，您們的每堂課都使學生如沐春風，在研究方法之學習、研究思維之增長、研究者之視野典範上，直接或間接促成了此論文之產出。特別感謝吳造中教授，在學生執行研究計畫時，很阿莎力地給予諸多資源、強力協助！感謝朱宗信所長、楊志偉老師、陳慧玲老師在「醫學教育專題討論」課堂上，對論文主題與文獻回顧給予回饋。

感謝所辦珮琪姊，有您從入學開始的各項事務提點，才使我能順利完成研究所學業！感謝神通廣大的師長們或所辦助理群：素文姊、依珊、紹嫻、淑德，在執行研究期間，您們的實質支援與打氣，都是我繼續下去的能量！

感謝醫教生倫所同門的第二屆研究生：天佑、奮方、沛儒、彥宏，難忘每周課堂上的相互激盪、互通聲氣、一起學習成長，在我收資料初期即鼎力襄助、協助招募受訪者，使令人緊張的研究進度很快緩和下來！很幸運能在踏入職場後仍享有如此同窗情誼。收資料的路途原本是條荒徑，然而各方響應的力量為我闢出一條大道，除前述人員，也需感謝我醫學院時期的同學、學長姐、學弟妹；住院醫師訓練醫院的同事、師長；醫教生倫所的師長、學長姊、學弟妹協助招募研究參與者與支持鼓勵：靖怡、維理、馨珮、怡珮、家芬、得恭、淑敏、念霖、黃律師、古醫師、吳醫師、宋主任、思雯。感謝您們。

感謝參與本研究的290多位自願受訪者。每一份親手填寫、裝入回郵回覆的問卷，從基層、區域醫院到醫學中心，從26歲到78歲的醫師回覆，都提醒我需好好努力完成研究，不負填答者對「醫療糾紛」議題之重視與付出。每一位面對面訪問過的醫糾過來人醫師，感謝您慷慨分享生命中一段深刻的歷程與智慧，諸多內容，非此論文主題所能全現，希望以此論文為起點，陸續完整呈現珍貴紀錄。

感謝我的家人從我決定念研究所到就讀期間的全力支持！感謝我的爸媽、公婆、  
弟弟時常地打氣關心。感謝我的外子翰明，無論在學業、工作或生活上都是我的  
最佳支柱與人生良伴！



臺大醫教生倫所第二屆碩士班

林欣慧

謹誌

2017年8月






## 中文摘要



本研究目的有二：一、探索國內醫師在面對醫療糾紛時所遭遇的困境；二、對醫療糾紛相關教育的需求。

本研究在困境的探討方面，採用質性研究、半結構式面對面訪談方法進行。在民國106年3月至6月間，透過立意取樣(purposive sampling)之方式，訪談來自不同地區、科系、年齡層、性別，共16位曾有醫療糾紛經驗之醫師，以紮根理論((grounded theory)之方式，對訪談所得之文本作開放式編碼與軸心編碼分析；在國內醫師對醫療糾紛相關教育需求之部分，採用混和研究(mixed-methods research)之方式。除以前述困境探討之研究方法，收集與分析同一群受訪者對醫療糾紛相關教育需求之看法，同時以立意取樣之方式，針對全國醫師，進行半結構式問卷調查，收集國內不同地區、層級、年齡層、科系之醫師對醫療糾紛相關教育的需求之量性資料，以敘述性統計及推論性統計之方法分析，最後將質性與量性資料整合討論，達到多重檢核(triangulation)與資料互補之目的。

研究結果顯示，台灣醫師面對醫療糾紛，有24項核心困境，包括訴訟程序與法律邏輯相關6項：1. 還原當時事發經過 2. 釐清責任歸屬 3. 不懂法律邏輯或訴訟程序 4. 需配合法院隨傳隨到 5. 冗長之審判期 6. 刑事濫訴現象；自我認同危機相關2項：1. 第一次面臨刑法審判與究責之心理衝擊 2. 行醫信念受到挑戰；人際網絡與社會互動相關15項：1. 人身安全威脅 2. 被原本關係良好的病家指責拿其當實驗品 3. 病家可能有人格特質疾患，不知如何與其溝通互動 4. 走入訴訟後被建議不再接觸病家，因此無法了解對方想法 5. 無法幫助病家 6. 同儕在病家面前指責 7. 同事間推諉責任 8. 提供第二意見之醫師不同意原醫師看法 9. 主治醫師責任制 10. 法官或檢察官之庭上斥責 11. 法律專業人士難了解醫療專業內容 12. 疑似有鼓勵病人提告之捐客或律師 13. 醫院無協助人員與組織 14. 醫院協助人員負荷過重或專業不足 15. 病家透過媒體發言，造成對醫師名譽與醫病關係之損害；金錢賠償造成之壓力1項。國內醫師對醫療糾紛相關教育有其需求，超過九成填答者同意將相關課程納入醫師養成教育中。受國內醫師重視的授課主題為



「醫療傷害訴訟」相關法規認識(56.7%)、「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享(73.7%)、「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等(58.9%)、「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示(59.3%)等，其中又以「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享最為重要。有約七成的醫師有上過醫療糾紛相關課程，最常上到的主題為「醫病溝通」、「醫學倫理」、「醫療品質」；在問卷所列的課程中，最少被上到又令醫師最有興趣的課程主題是「模擬法庭」、「醫療傷害訴訟裁判文」、「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享。八成以上醫師認為在醫學系畢業前即應開始接觸醫療糾紛相關課程，占必修課程裡3學分以下即可。授課單位部分，醫學中心之醫師偏好在自己醫院上課；基層院所執業之醫師偏好醫師公會所舉辦的課程，約有三成醫師最有意願參與各專科醫學會所辦之課程；影響醫師是否參與課程的考量包括方便性、以及是否有依專科特性的授課內容或醫療糾紛案例分享。未能修習課程的原因最多為「訓練或繼續教育過程沒有舉辦這類課程」，其次為「沒有時間去上課」、「上課地點太遠」。

本研究提供國內醫師在面對醫療糾紛時，所遭遇的困境，及對醫療糾紛相關教育的需求之探索性結果。醫師在處理醫療糾紛時所面對的困境非常多元化，除個人內在身心思索，亦牽涉到司法、人際、醫療糾紛處理制度、媒體等法學、政策學、醫院管理學或社會學議題，每一困境項目都值得未來研究深入探究。在醫療糾紛教育方面，國內醫師需求甚高，然而何種教育訓練方式與內容能有效幫助到醫師，值得更多實證研究探究。

**關鍵字：**醫療糾紛、醫師、困境、教育需求、紮根理論、台灣

## Abstract

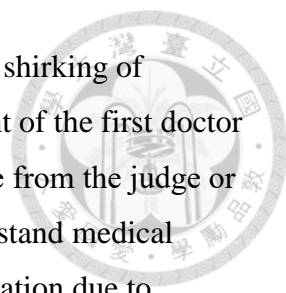


This research was aimed to explore (1) the plight of physicians in Taiwan regarding medical disputes (2) the educational needs of physicians in Taiwan regarding medical disputes.

To probe the plight of physicians in Taiwan regarding medical disputes, we performed qualitative, semi-structural face-to-face interview to collect our subjects' opinion. The time of subjects' recruitment and interview was between March, 2017 and June, 2017. Via purposive sampling, 16 physicians that had been involved in a medical dispute were enrolled in the study. The subjects were from various areas and medical specialties Taiwan. We analyzed and coded the subjects' opinions openly and axially by grounded theory.

To understand the educational needs of physicians in Taiwan regarding medical disputes, we collected opinions from the above-mentioned 16 subjects in the "plight" part of the study. Meanwhile, via purposive sampling, semi-structural questionnaires were collected from 273 physicians across the island. Descriptive and inferential statistics were both used to analyze the questionnaire data. A discussion was made to incorporate results from qualitative data and quantitative data.

We identified 24 core plights in facing medical disputes by physicians in Taiwan. In the category "difficulty in litigation", there were 6 plights: (1) difficulty in clarifying the incident (2) difficulty in deciding who to be responsible (3) unfamiliarity about the litigation process and rationale (4) need to cooperate with the court time (5) the lengthy trial period (6) vexatious litigation (especially the criminal procedures). In the category "self-identity crisis", there were 2 plights: (1) psychological shock during criminal procedures (2) beliefs in medical practice being challenged. In the category "Interpersonal relationship and communications", there were 15 plights: (1) threatening of personal safety (2) being accused of "doing experiments" on the patients (3) certain personality disorder of the patient-family hindering communication with the physician (4) being advised not to contact with the patient-family after the dispute has occurred



(5) could not help the patient anymore (6) being blamed by staffs (7) shirking of responsibility by staffs (8) a second doctor not agreeing the viewpoint of the first doctor (9) the system of “attending physician responsible for all” (10) blame from the judge or the prosecutor (11) difficulty for the judge or the prosecutor to understand medical conditions (12) in some cases, the patient-family were pushed to litigation due to potential benefit of the adviser (13) lack of support from the hospital (14) amateur or overloaded support personals (15) pressure from the media. Another category was the compensation itself too high for the physician to afford.

Need for education about medical dispute was obvious. Over 90% of subjects agreed the incorporation of this education into the training program. Of the 11 listed topics of this field, the most favored topics were: (1) knowing about the regulations (56.7%) (2) medical dispute case sharing (73.7%) (3) communication with the patient-family (58.9%) (4) how to respond to a medical dispute: focus on telling the patient-family, the staff and apologize (59.3%). Seventy percent of the subjects reported having attended any class about medical dispute. The most frequent attended classes were: “communication”, “medical ethics” and “healthcare quality”. The least attended and the most wanted classes were “simulation of the court”, “verdict of medical dispute” and “case sharing”. Over 80% of the subjects voted that the medical dispute classes should be delivered to the undergraduates, and that the credits should be below 3. As for the location of education, physicians in medical centers preferred taking a class in his or her own hospital; physicians in local clinics preferred the class at medical associations. Current hindrance to the classes were “class not available”, “time not available” and “too distant the location of the class”.

In summary, the current study provided information about plights when physicians facing medical disputes, and physicians’ need for related education. The plights were found to be very heterogeneous, due to complex interactions between medical practices, regulations, personal beliefs, and various other personal and social factors. The interactions could be a further direction of research. Physicians’ interests were high in medical dispute education. The effectiveness and efficacy of specific content or method of education regarding medical disputes warrant further research.

**Keywords:** medical dispute, medical malpractice, physician, plight, education, grounded theory, Taiwan



# 第一章 緒論



## 第一節 研究動機

還記得高中之時，對於選擇大學就讀學系非常徬徨。當時最愛英文科目，想像自己未來可像家人一樣以教師為業、當英文老師。但我數理成績不錯，有可選填醫科就讀的機會。在煩惱時，我向學校圖書館借了好幾本「醫師寫的書」，想了解「當醫生」究竟是怎麼一回事。現在仍印象深刻的有《一位外科醫師的修煉》，是作者豐富臨床經驗與醫學現場觀察的散文集(Gawande, 2003)、《白袍：一位哈佛醫學生的歷練》，是位美國女醫師描寫自己在哈佛大學醫學系四年間精采的學習與生活(Rothman, 2004)。經由這些書籍，我初步了解到醫學這個行業的多個面向：它包含了豐富的人與人之間的互動與關懷，也需要深厚的知識以完成任務，它需要理性冷酷的科學判斷、也需要感性熱情的人文關懷，它嘗試解決人們非常關注的健康問題、具有濃厚利他精神。懷著對醫學的憧憬，我踏上了習醫之路。

習醫之路漫長：四年的大學醫學系基礎知識教育、三年的大學附設醫院臨床見實習、一年的畢業後不分科住院醫師訓練、三年的專科住院醫師訓練—經過十一年訓練，我終於擁有一些醫學技能，能幫助門診時坐在我眼前的患者，且仍需時時精進。這中間我有幸遇到無數正直熱情的師長們，傾囊相授醫學技藝、同時展現「行規」裡「病人健康為我首要顧念」的高貴情操，引領後進遵從自律。我也有幸遇到許多認真善良的同儕、後進，一起切磋成長，討論著想要成為甚麼樣的醫師。

我學習到如何以醫學助人，也從憧憬它、轉而了解到這項技藝的現實面、極限和風險。記得曾在開刀房裡，外科醫師前輩操作著精密器械切割耳部腫瘤，向我們展示如何分辨腫瘤與底下的良性組織、並避開耳神經—對實習的我而言，兩者顏色、形狀看來幾乎都一樣，若主刀者沒有經過經驗與指導，是不可能完成手術、又保存好病患聽覺的，任何閃失，即使只是打個噴嚏手滑了一下，後果可能是神

經或血管的損傷！病重而難以挽回的生命也是不計其數。對每個初入門的學徒來說，面對第一位在照護中死亡的病人，都是一個刻骨銘心的故事。

當一些醫療行為產生不預期的傷害、或最後得不到令人滿意的結果，醫師和病家雙方都可能感受到挫折和失落。有的時候雙方對事件發生的認知不一致，醫療糾紛就發生了。記得在產科學習時，一位令人敬重的前輩老師以多年經驗，快速地診斷出生產過程的併發症，並給予妥適治療，這對醫療團隊來說，是一次醫學上的勝利；但病人方仍有為何不能提早診斷的疑問與指責之聲音出現……幸好最後事情在雙方溝通後圓滿落幕。但我當時深刻感受到，醫師要處理一次潛在性的醫療糾紛，所需耗費的時間、心神與無奈。

進入研究所就讀後，有機會能進一步了解「醫療糾紛」相關的法律倫理與醫學教育等內容，也有幸能得到對此專精、著作等身的師長們指導，遂希望以「醫療糾紛」為研究主題。希望產出之研究成果，可以對學術界與社會有些許貢獻，幫助到有需求、曾經或將來可能因之受苦的人。

## 第二節 研究背景

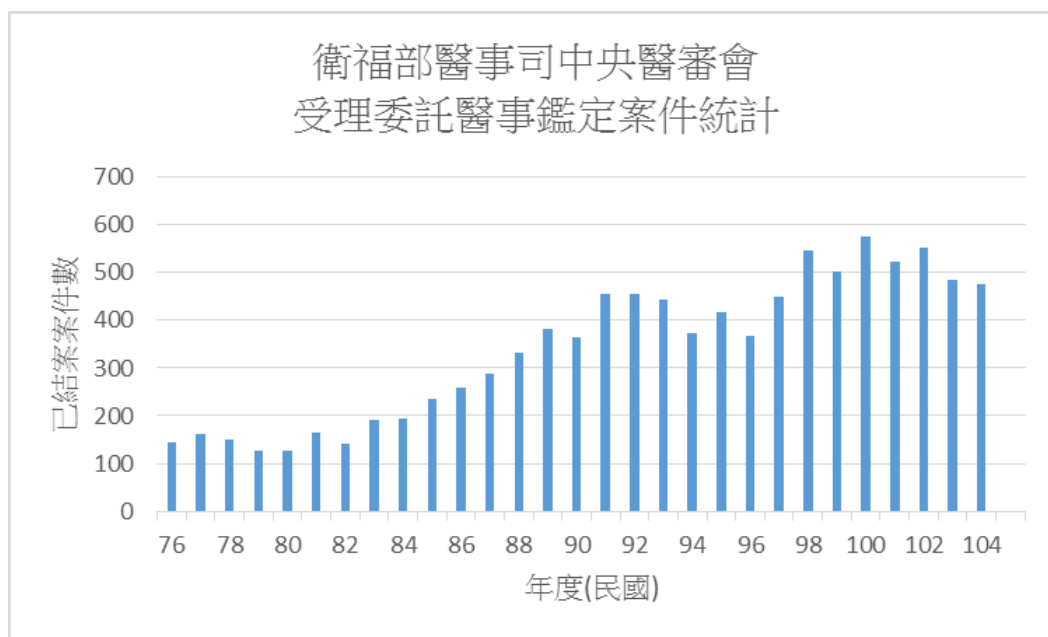
對醫學發展扮演龍頭角色的美國，從上世紀1970年代開始，陸續發生了三次全國性的「醫療糾紛」處理危機—因其醫療事故訴訟(medical malpractice lawsuits)案件與賠償增加，致使提供醫師醫療事故責任保險(medical malpractice insurance)的公司費用支出超過估計、發生倒閉危機，或者高風險科別醫師保費過高、醫師轉行。例如在1975年第一次危機所做的調查，當年最高風險的醫師需付每年5萬美元的保費，且當時有幾個州的保險公司打算提高保費5倍，更多州則是保險公司退出醫療責任保險的市場。即使此現象引起美國對醫療糾紛處理方式的檢討與注意，1980年代保險公司倒閉的狀況重演一次。在2000年危機時的研究，醫療責任保險公司每收取1美元保費，需支出1.4美元理賠金(Danzon, 1985; Sloan & Chepke, 2008; Walston-Dunham, 2006)。一篇2011年刊登在新英格蘭醫學期刊的研究，發現依風險不同，美國醫師一年內被告的機率在2.6%到19.1%之間，更推估在醫師

年屆65歲時，最少有75%的比率曾面臨過醫療事故訴訟，高風險科別更達99%(Jena, Seabury, Lakdawalla, & Chandra, 2011)。



即使台灣之主流醫療糾紛解決方式非以訴訟型式解決（詳見第二章第二節：國內醫療糾紛處理方式），然而醫療糾紛司法案件數也是連年上升。我國衛生福利部（以下簡稱衛福部）醫事司每年會釋出「中央醫事審議會（以下簡稱醫審會）受理委託醫事鑑定」之年度案件數統計，最新資訊顯示民國104年共完成審議477件，平均約每日須審1.3件。其自民國76年起之年度案件統計如圖一，可看出自民國85年之後，每年審議案件開始突破200件，並持續增加。自民國90年後，首次突破400件，且最高單年度案件達577件(資料來源：衛福部網站，106年6月30日更新公告。)

圖一：衛福部醫事司醫審會受理委託醫事鑑定案件數歷年統計



作者繪製，資料來源：衛生福利部網站，106年6月30日更新公告。

原始網址：<http://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html>

在國內醫療糾紛發生率的部分，陳榮基等(1993)、吳俊穎等(2009)學者，曾分別在民國80年與民國94年，針對全台灣執業西醫師，作醫療糾紛相關之問卷抽樣調查



(吳俊穎, 賴惠蓁, 陳榮基, 2009; 陳榮基等, 1993)。結果比較於下表一。民國94年時, 在中華民國醫師公會全國聯合會登記下的職業西醫師有3萬3千多位, 經過分層抽樣調查, 回收有效問卷678份中, 有高達36%的醫師表示他們執業生涯中曾有過醫療糾紛經驗, 在調查一年內發生醫療糾紛的機率是9.1%, 略低於美國2011年研究的年度盛行率10.9% (Jena et al., 2011)。若將兩個年度所作之調查結果推估到所有醫師族群, 則調查一年內曾發生過醫療糾紛的醫師人次達2000-3000人之譜, 每天約有5.5位醫師發生醫療糾紛。醫療糾紛發生率如此之高, 「醫療糾紛」及「醫療事故訴訟」已經成為我國許多醫師執業及醫療機構營運過程中需面對的課題。

然而, 回顧近二十年國內文獻, 探討醫療糾紛之處理困難之主題, 多以病人之角度出發(Chiu, 2010; 林東龍, 2004; 林東龍, 彭武德, & 陳武宗, 2009; 邱懷萱, 2001; 黃鈺嫻, 2015; 劉斐文, 邱清華, & 楊銘欽, 1997), 鮮少專文關注在醫療糾紛中, 醫師的一方所遇到的困境; 同時也鮮少專文提及醫學教育對此議題之著力點, 故希望藉由新的研究對此做一探討, 期能增益文獻於此一方面之不足, 提供我國執業醫師、醫療機構及處理醫療糾紛有關單位, 實證資料之參考。

表一：國內醫療糾紛發生率研究比較

調查時間	民國80年	民國94年
<b>一般統計</b>		
有效問卷百分比 (有效問卷數/抽樣問卷數/醫師公會全聯會當年度執業人數數)	18% (1131/6411/19921)	10.3% (678/6602/33036)
<b>醫師醫療糾紛經驗之比例</b>		
最近一年內有醫療糾紛經驗	11% (推估人數2151位)	9.1% (推估人數3006位)
最近五年內有醫療糾紛經驗	26%	22.1%
執業生涯內有醫療糾紛經驗	44%	36%
<b>病人特性</b>		
病人傷害程度為死亡	46.3%	39.9%
病人為女性之百分比	48.3%	54.4%
病人占最高之年齡層(百分比)	31-40歲(16.7%)	31-40歲(17.8%)

醫療糾紛解決方式		
和解調處	42%	34.9%
撤回或放棄	42.3%	42%
司法訴訟	15.7%	23.1%
病家曾有恐嚇或勒索等自力救濟行為	56.3%	未調查
訴訟結果		
病患勝訴	3.4%	9%
病患敗訴	82.9%	74.4%
訴訟中	10.9%	10.3%
不詳	2.8%	6.4%

作者繪製，資料來源：

1. 陳榮基(1993)。台灣醫療糾紛的現況與處理。台北市: 吳氏總經銷。
2. 吳俊穎, 賴惠蕙, & 陳榮基 (2009)。醫療糾紛與醫師特性分析。台灣醫學：13(2), 115-121.

### 第三節 研究目的

本研究主要有以下兩個目的：

1. 了解國內醫師面對醫療糾紛的困境
2. 了解國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求

## 第二章 文獻回顧



### 第一節 醫療糾紛之定義

本節主要欲透過文獻回顧了解「醫療糾紛」之定義及中英文翻譯之意涵，以利後續文獻探討、研究範圍之釐清與進行。

#### 一、醫療糾紛之定義

以「醫療糾紛」四個字分開檢索中國東漢時期許慎所著之《說文解字》字典(許慎, 年代不詳), 可得「醫」為「治病工也」、「療」為「治」, 故醫療兩字應可用於指稱「治病工治病」這件事; 「糾」為「繩三合也」, 「紛」為「馬尾韜」—用來綰束馬尾的織物, 糾紛兩字合在一起, 原意可為繽紛繁多的絞繩和馬尾織物, 但多引申指織物交纏之後的混亂難解。中華民國教育部所出版的《重編國語辭典修訂本》, 解釋「醫療」為「醫治療養」; 「糾紛」為「牽扯不清的紛爭」。若依前述辭典釋義, 「醫療糾紛」應可泛指「醫治療養過程產生之紛爭」。

可能為限制研究範圍或提高政策參考性, 國內文獻中對「醫療糾紛」通常有進一步歸類, 稱原字面上之解釋為「廣義」之「醫療糾紛」。歷來研究「醫療糾紛」者, 多根據糾紛之「成因」或「是否進入訴訟程序」, 將其內涵進一步侷限為「狹義」之「醫療糾紛」。如林山田等(1988), 在研究中定義「狹義」之「醫療糾紛」, 指醫師與病家因醫療過程產生之「刑事或民事訴訟糾紛」, 據此研究台北市立醫院醫療糾紛相關法律問題。而以「成因」劃分之「狹義」之「醫療糾紛」則在國內文獻佔多數, 其定義多指「醫病之間因為醫療傷害所生之責任歸屬」之糾紛(楊秀儀, 2015), 排除了醫病之間因費用、態度、醫德等原因而產生之糾紛類型(朱俊嘉, 2013; 吳俊穎 et al., 2009; 李佳穎, 2013; 林東龍 et al., 2009; 楊秀儀, 2002)。如吳俊穎(2009)等在調查醫師醫療糾紛經驗時, 於研究中採用的

定義為「病人主觀上受有傷害(實際是否有身體上的傷害不論)，而向醫師有所主張、或請求(任何請求均可，譬如請求說明、請求道歉，不以金錢請求為必要)。」同時有進一步說明「單純只因對醫護人員之態度不滿，或對醫療費用有所爭執，均非本問卷之醫療糾紛」，排除因費用或態度引起之醫療糾紛(吳俊穎等，2009)。

## 二、醫療糾紛之英文翻譯

在英文中，「dispute」與中文「糾紛」之概念最相近，在劍橋大學出版社之線上字典之解釋為「(尤指勞資雙方或相鄰兩國之間的)爭執，爭端，糾紛(*an argument or disagreement, especially an official one between, for example, workers and employers or two countries with a common border*)」(Cambridge University Press, 2017)，故廣義之「醫療糾紛」直譯為「medical dispute」應屬恰當。若以「medical dispute」為關鍵字搜尋學術文獻，可發現多篇研究亞洲醫療糾紛議題的著作(Aoki, Uda, Ohta, Kiuchi, & Fukui, 2008; Cho, Lee, Shon, Yang, & Lee, 1998; Kim & Moon, 2015; Liebman, 2013; Shuanliang, Jie, Ping, Rongjun, & Zhenyuan, 2004)，其中有將「medical dispute」指稱為前段討論教近似「廣義醫療糾紛」者，例如Aoki et al(2008)研究日本醫病間溝通不良對醫療糾紛之影響之文章，將「medical dispute」定義為「破壞醫療專業人員與病家之間良好關係、需要第三方調解的狀況。」未限制其糾紛成因；也有以「medical dispute」指稱「醫病之間因為醫療傷害所生之責任歸屬」之「狹義醫療糾紛」，例如Kim et al(2015)研究韓國疼痛控制病患發生醫療糾紛之案例之文章，將「medical dispute case」定義為「需要第三方調解與調查身體傷害之責任歸屬之案例」，可見在文獻中，「medical dispute」在不同研究，有不同定義：可為廣義之醫療糾紛，也可指狹義之醫療糾紛。

綜合本節回顧結果，為求研究範圍之明確性與結果可應用性，以下本論文所指之「醫療糾紛」，乃根據楊秀儀等學者所提，專指「醫病之間因為醫療傷害所生之責任歸屬」之狹義醫療糾紛。

## 第二節 台灣醫師與醫療糾紛現況



### 一、國內執業醫師人口學統計


以下敘述國內執業醫師之人數、年齡、地區比、性別比、科別比及醫院層級比之人口學統計資訊。

「中華民國醫師公會全國聯合會」為依據《醫師法》成立之醫師社團法人組織，全國醫師均需加入醫師公會、向其申請科別執業內容證明後，始得向政府衛生主管機關申請合法執業執照。其2015年公布最新版本之《台灣地區執業醫師、醫療機構統計》(中華民國醫師公會全國聯合會, 2015)，載明截至2014年底，全國執業中醫師共有43211人，年齡眾數落在39歲，性別分布：男性35612名、女性7599名，女性約占17.6%。以地區別而言，醫師會員人數最多的前三縣市為台北市9213人、台中市6618人、高雄市5799人，以執業醫院層級分，有11911人在醫學中心執業、14012人在區域醫院或地區醫院執業、16727人在未評鑑醫院、診所或衛生所等基層院所執業。醫師執業科別人數前三多者為：內科8933人、一般科5303人、外科3537人。

### 二、醫療疏失與醫療糾紛原因

以醫界的角度，談到醫療糾紛，多先自省自己有沒有疏失(negligence)，對疏失的研究如火如荼的進行、也想極力避免。

哈佛大學研究團隊透過檢視1984年紐約州51間醫院、3萬多筆住院病人資料，發表著名的第一篇哈佛醫療執業研究(Harvard Medical Practice Study I)，研究結果發現，住院中醫療不良事件(adverse event)發生率為3.7%，其中27.6%是由於醫療疏失(negligence)所造成，推估可得1984年時，260多萬紐約州住院病人中，有發生約9.9萬件醫療不良事件，其中約2.7萬件是由於醫療疏失造成(Brennan et al.,



1991)。此文發表後，引領醫界對醫療疏失的自省，不管醫療界或一般大眾對於醫療品質、病人安全之重視的呼聲日益升高。美國國家醫學研究院(Institute of Medicine，簡稱IOM)於1999年出版《人會犯錯—建立一套更安全的健康照護系統》一書，旨在打破「醫療是完美的」的神話，希望藉由開誠布公地檢討醫療疏失原因，從系統面預防其發生、以減低因醫療疏失造成的傷害(Donaldson et al, 2000)。

然而，實證研究顯示，醫療疏失不一定會帶來醫療糾紛，在前述哈佛團隊的系列研究發現，只有2%的醫療疏失進入法庭訴訟程序；且在法庭醫療事故訴訟案件中，有83%沒有醫療疏失發生，此種疏失與訴訟不相稱的現象，在後續研究都陸續被發現(Brennan et al., 1991; Localio et al., 1991; Studdert, Mello, & Brennan, 2004)

從醫療糾紛發動者，也就是病患方而言，考慮是否採取行動解決醫療爭議，有多面向之考量。

國內一個透過訪談完成的質性研究對此有豐富敘述，其發現病患及家屬質疑醫療疏失關鍵要素有三項：1. 醫療結果與預期產生極大落差 2. 與其他相似病患比較後、或自身感受到所受醫療過程有不合理之處（研究中稱之為常民知識）3. 藉由詢問其他醫護人員或查閱醫療文獻強化質疑論點。三樣要素有其一存在，即可能引發醫療糾紛。病家發動究責之動機可分為兩大類：1. 貨幣動機—病家要求賠償或負擔後續醫療費用等經濟需求 2. 非貨幣動機—病家希望能洗刷「枉死或枉受傷害」之冤屈、釐清事實真相、得到醫方認錯並道歉等非經濟型需求。值得注意的是，此研究受訪的個案中，皆為兩大動機並存(林東龍, 2004)，顯示醫療糾紛之發動鮮少為單純經濟因素、或單純非經濟因素造成。

國外有篇研究調查227名正在進行醫療訴訟之病家，發現其提起訴訟之原因有70%可歸於以下四大類理由：要求真相與解釋、要求負責與同理、要求提高醫療水準避免不幸再發生、要求補償或道歉。其他原因尚包括：「為了（緩解）所承受的痛苦和折磨」、「為了（緩解）被毀的人生」、「覺得這（醫療傷害）原本不必

發生」、「感受到失望和被（醫師）背叛」、「覺得有義務為過世的親人這麼做」等(Vincent, Phillips, & Young, 1994)。



由以上文獻回顧可知，若欲預防或處理醫療糾紛，除了從減少醫療疏失、避免不好的醫療結果著手，也應了解與妥善處理病家不同層面，例如情感與經濟因素兼具，之需求。

### 三、國內醫療糾紛處理方式

國內醫療糾紛處理方式多元，除了以訴訟方式解決醫療糾紛外，一般尚有醫病雙方自行協調、引入第三方協助調解等方式。

在實證研究的部分，黃鈺嫻等(2015)於2012年以問卷調查國內有醫療糾紛經驗之病家發現，病家若採取行動處理醫療爭議事件，最常使用的方式是直接和醫方主張(54%)，或是更換醫院、醫師(54%)；另外則有諮詢律師(23.8%)、向第三人求助(18.3%)；利用「民事訴訟」處理者佔13.5%、利用「刑事訴訟」者佔7.9%。前述吳等於民國94年(吳俊穎等, 2009)的研究，也發現醫療糾紛最後的解決方式，以病患撤回或放棄金錢賠償請求為最多，占42%；其次為和解或調處，占34.9%；最後才是採司法訴訟，占23.1%。(詳見表)

在陳等民國80年調查和解或調處的經驗中，病患死亡的個案，平均和解或調處時間為3.1個月，賠償金額約為67.5萬；病患無身體傷害的個案，也是需2.1個月之和解或調處時間，賠償金額約為9.7萬(陳榮基, 1993)。

若以醫療糾紛訴訟之統計資訊來看，劉邦揚(2009)蒐集全國21個地方法院自民國89年至97年，共約8年間之判決資料，共找到223件符合其研究條件之醫療糾紛「刑事」判決。以地理分布而言，可發現北部案件最多，如表二。以醫院層級來說，以醫學中心或準醫學中心最多(詳見表三)。以提告之方式劃分，自訴與公訴之比例相近，分占42.6%、57.4%。罪名部分以業務過失致死為最多，占67.7%，其餘詳見表四。在223個案件中，有204件(97.1%)曾送行政院衛生署醫審會進行鑑

定，從「傷害發生時間」到「地方法院作出判決」之平均時間為3.16年。以被告執業之科別來說，前五名占整體83%，依序為外科(26.3%)、內科(20.5%)、婦產科(16%)、急診科(12.8%)、骨科(7.4%)。判決結果部分，有80名被告判決有罪，占整體25.6%，其中64人受緩刑宣告或可易科罰金，16人受拘役或緩刑，刑期平均6.7個月。

表二：地方法院刑事判決案件數(與占整體百分比)，以地理分布

法院所在地區	案件數	百分比
北	103	46.2%
中	60	26.9%
南	50	22.4%
東部含離島	10	4.5%

表格由作者製作。資料來源：劉邦揚。我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究。未發表之碩士論文資料。2009。

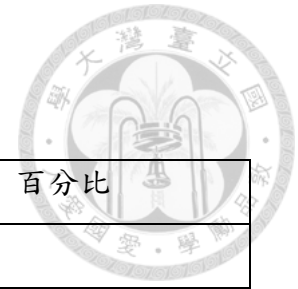
表三：被告所屬之醫療院所層級分布

醫療院所層級	案件數	百分比
醫學中心或準醫學中心	110	35.3%
區域醫院	72	23.1%
地區醫院	58	18.6%
診所	55	17.6%
不明	17	5.4%

表格由作者製作。資料來源：劉邦揚。我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究。未發表之碩士論文資料。2009。



表四：地方法院刑事判決罪名類別、件數(與占整體百分比)



刑事判決罪名	案件數	百分比
業務過失致死	151	67.7%
業務過失致重傷害	25	11.2%
業務過失致傷害	47	21.1%

表格由作者製作。資料來源：劉邦揚。我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究。未發表之碩士論文資料。2009。

同樣是蒐集民國89年至97年共約8年間之判決資料，張耘慈等(2010)找到372件符合其研究條件之醫療糾紛「民事」判決，發現判決案件之地理分布以北部為最多、被告所屬之院所層級以醫學中心為最多、從「傷害發生時間」到「地方法院作出判決」之平均時間為4.2年。被告執業之科別，以科別計算，前五名占整體68.4%，依序為外科(19.6%)、婦兒科(19.2%)、內科(13.4%)、急診科(9%)、骨科(7.2%)。判決結果部分，原告病人勝訴為69件，占18.5%，賠償金額中位數約為227萬元，最低約5.6萬元，最高約2746萬元。

### 第三節 醫療糾紛對醫師的影響

一、第二受害者 (Second victim)與醫療糾紛壓力症候群(Medical malpractice stress syndrome)

醫療糾紛對醫師可能產生情緒、認知和行為上的影響，在國外文獻方面，經歷醫療糾紛的醫師成為「第二受害者」之概念紛紛被提出與研究(Mira et al., 2017; Scott et al., 2009; Seys et al., 2013; Wu, 2000)。「第二受害者」之概念最早由2000年一篇刊登在英國醫學雜誌 (British Medical Journal) 評論醫師與醫療錯誤 (medical error)之文章提出(Wu, 2000)，在Scott等人(2009)以「第二受害者」為題所作之研究，定義其為「醫療照護提供者在遭遇未預期的病人傷害事件後受到創傷」。創傷的形式有多種，例如出現似「創傷後壓力症候群」之身心反應、不斷

懷疑自己的能力、提早退出原來的職場、罹患憂鬱症或出現自殺意念等 (Coughlan, Powell, & Higgins, 2017; Seys et al., 2013)。



Reading 等人在1986年首次提出「醫療糾紛壓力症候群(Medical malpractice stress syndrome)」之概念，Sander 與 Firestone於2007年於書中描述其臨床表徵，包括難以控制的焦慮或憂心，佔據工作一半以上的時間、坐立不安、疲憊、無法專注、失眠、憤怒、痛苦、挫敗感、羞恥感、低自尊感等情感症狀；在社交方面，可能會在情感上想疏遠親友或同事；在日常生活上，對原本感興趣的事物失去興趣、食慾與性慾降低；在工作上，可能會對自己的能力感到懷疑與對作臨床決定感到不安，無法抑制地增加對病患不必要的檢查或醫療行為，或想改行；有些醫師可能會自行以酒精或其他藥物舒緩前述不適症狀；在有些原有心臟、腸胃疾病之醫師，病情可能因此加劇 (Reading, 1986; Sanbar & Firestone, 2007)。

## 二、國內醫療糾紛對醫師之影響


國內研究結果，也如同國外文獻，發現醫療糾紛對醫師可能產生情緒、認知和行為上的影響。盧昭文(1999)曾於訪談研究發現，醫療糾紛對醫師造成的影響，包括：「1.造成醫病雙方的不信任、2.醫師在金錢上、時間上及精神上的損失、3.影響醫師選擇執業科別，避免醫療糾紛風險較高的科別、4.在診療過程中對病人多做解釋、5.增加病歷記錄的完整性。」內容述及醫師在面對醫療糾紛後心理、生活及醫療行為上所受之影響。林東龍(2004)也於訪談中發現「醫師在訴訟過程期間無法專心工作，有心情鬱悶、人際疏離等負面情緒.....醫師對於人性、社會甚至醫療感到失望。」李佳穎(2013)也於其碩士論文《醫師經歷醫療糾紛後之身心與社會調適過程》發現，醫療糾紛會對醫師造成身心、醫療行為、及職業熱忱的影響：身心影響以負面情緒為主，且可持續長時間；醫療行為之影響以增加防禦性醫療為主，如避免當初造成醫療糾紛的處置、增加對病人解釋風險、增加病歷紀錄、或是多做檢驗等，也有受訪者提到因醫療糾紛影響到同事間的信任關係；職業熱忱的影響，包括降低職業熱忱、考慮不再當醫師、轉換科別等，也有受訪者提到不建議自己的子女念醫科。部分受訪醫師表達上法院對其造成心理壓力、

訴訟過程過於耗時、病家對醫療糾紛事件較不理性的反應，例如強烈負面情緒、威脅恐嚇等動作，對其造成心理壓力。國內醫師在經歷醫療糾紛後之復原歷程，則與國外研究(Scott et al., 2009)相似，依序為「1. 混亂與思考發生原因 2. 受事件影響 3. 調適 4. 態度轉變 5. 繼續前進，需要時間進行身心與社會之秩序重建。」

## 第四節 醫療糾紛相關教育課程

### 一、他山之石

回顧國外文獻，針對醫療糾紛(medical disputes)或醫療事故訴訟(medical malpractice litigation)之醫師教育課程，並未有全面性的回顧文章，但可見許多針對個別主題的創新課程設計與效度研究報告，在研究中會指出授課對象、授課內容、課程進行方式、時間與地點等。例如針對醫療糾紛高風險的急診科住院醫師，有課程請院內前輩分享醫療疏失與醫療糾紛之經驗，透過熟悉的環境與病人照護經驗，讓住院醫師了解如何避免下次情形發生，或一但有醫療糾紛、法律問題應如何處理；有課程送住院醫師到醫療傷害保險公司實習一周，了解其核保經驗與實務；有課程是讓住院醫師參與法律系學生的模擬法庭競賽，擔任證人，經過兩到三次的模擬出庭後，住院醫師在身體語言、於交叉詰問時不傲慢不失鎮靜、提供有說服力的見證、顯得知識淵博、法庭穿著、能清楚表達自己等評分項目，都有顯著提升，也給予課程極高評價；有課程則是利用情境模擬(simulation)之方式，預先錄下不同住院醫師在模擬醫療疏失發生時的表現，經過模擬醫師證人之證詞後，再請醫療糾紛專長之律師針對此經驗講解授課，課程對參與者在病歷記載、團隊再確認與溝通、減少高風險執業習慣等行為都有助益(Drukteinis, O'Keefe, Sanson, & Orban, 2014; Fish & Ehrhardt, 1992; Houry & Shockley, 2001; Schlicher & Ten Eyck, 2008)。



其他於文獻中曾出現的授課內容包括：醫學專業素養(professionalism)、醫療錯誤(medical error)與其揭露(disclosure)、危機管理(risk management)、醫病溝通、醫療品質與病人安全(patient safety)、醫療傷害對病家與醫療團隊在情感與態度之影響等。其中，「醫療品質與病人安全」有篇在2010年發表的文章，記錄與分析41個課程，其結果受教者之反應普遍良好，也有助於改進臨床行為；「醫療錯誤揭露」有篇在2013年發表的文章，記錄與分析21個課程，其結果發現多數課程皆使用團體討論、角色扮演等非演講式教學方式，受教者對此一主題之知識、技術、態度在授課後有顯著提升(Bell, Moorman, & Delbanco, 2010; Gunderson, Smith, Mayer, McDonald, & Centomani, 2009; Hochberg et al., 2011; James, 1994; Keller, Bell, & Dottl, 2009; Lester & Smith, 1993; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997; Stroud, Wong, Hollenberg, & Levinson, 2013; Wong, Etchells, Kuper, Levinson, & Shojania, 2010)。

文獻中大部分課程皆未標明限於何科別醫師參加，也有許多是開給醫學生之課程。曾於文獻中有依照科別特性而設計專屬醫療糾紛相關課程的科別有：急診科、病理與檢驗醫學科、精神科、小兒科、放射科、外科、腫瘤科與神經科(Brewster et al., 2005; Brown et al., 2014; Epner & Baile, 2014; Otte, Zehe, Wood, Hernandez, & Karon, 2010; Tsao & Layde, 2009; Watling & Brown, 2007; Zenlea et al., 2015)。

## 二、國內開課狀況

根據我國衛福部105年公告之最新「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」文件載明，欲申請醫學中心、教學醫院者，須通過醫院評鑑，而在評鑑基準裡，急性一般病床99床以下之醫院，即「應設置人員或部門，負責院內員工教育及進修」，其中必要教育訓練課程內容包含「病人安全、醫療倫理、危機處理」等醫療糾紛相關教育主題。教學醫院之評鑑基準條文，也規定實習醫學生之教學內容「除臨床專業課程外，應包含一般醫學課程訓練」，建議之課目包含病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理（含性別議題）、醫事法規、病歷寫作等；畢業後(Post-grauate year, PGY)一般醫學訓練之住院醫師每個月須安排醫學倫理或醫療品質討

論事項；住院醫師之訓練則要求病歷寫作之品質、需訓練與評估人際與溝通技巧（interpersonal and communication skills）、專業素養（professionalism）及制度下之臨床工作（systems-based practice）等醫療糾紛相關之核心項目(衛福部網頁：評鑑基準, 2016)。



以下謹舉出三個網站資料完整度較高之醫學教育相關單位，其教學課程內容，以供國內開課概況參考。由以下結果可知，國內醫學院、教學醫院、醫師繼續教育主辦單位，也逐漸有開辦醫療糾紛相關教育課程。

以台灣大學醫學院為例，其105學年度於網頁可供查詢到之課程，醫療糾紛相關課程與學分數如表五所列：

表五：台灣大學醫學院105學年度，網頁公告醫療糾紛相關教育課程

	課名	相關內容	開課對象	學分數
必修	家庭、社會與醫療	臨床倫理問題之解決 醫事與法律	醫學系五年級	6
	臨床倫理與法律	臨床倫理與法律	醫學系六年級	2
選修	醫療糾紛、醫病溝通與關懷調解專題 從對立	台灣醫療糾紛的現況 醫療事故法律責任與爭議處理 面對及處理醫療訴訟 醫療訴訟與訴訟外紛爭 解決機制 醫療溝通與道歉 跳脫立場之爭	不限	1
	醫療與社會	法律與醫學 法律與政策 生命倫理	不限	2
	醫學與人文	醫學與歷史	不限	2

		醫療經濟學與醫療糾紛 的分析		
--	--	-------------------	--	--



表格由作者製作。資料來源：台灣大學課程資訊網。取得日期：民國106年7月2日。原始網址：<https://nol2.aca.ntu.edu.tw/nol/guest/index.php>

以台中榮民總醫院為例，其105年度於網頁可供查詢到之某科住院醫師訓練計劃，含有「全人醫療、病人安全、醫療品質、醫病溝通、醫學倫理、醫事法規、病歷寫作，與如何處理醫療不良事件等教育訓練」等項目；於每周定期舉行的兩次全科教學活動，共98場研討課程中，除專業醫學、最新醫學研究內容，尚包括4次死亡案例研討、2次醫學法律倫理研討、1次「醫病共享決策模式」研討、1次「問題導向病歷寫作」研討、1次「醫病溝通」研討(資料來源：台中榮民總醫院/內科部/定期教學活動。取得日期：民國106年7月2日。原始網址：

[http://www.vghtc.gov.tw/GipOpenWeb/wSite/lp?ctNode=9821&mp=2000&idPath=4712\\_9750\\_9821](http://www.vghtc.gov.tw/GipOpenWeb/wSite/lp?ctNode=9821&mp=2000&idPath=4712_9750_9821))。

高雄市醫師公會網頁可查詢到105年度之公會主辦課程共50場，其中共有3場與醫療糾紛相關，課程名稱分別為「醫糾背後：臨床裁量權VS醫療常規」、「性別與多元性別就醫溝通與醫療決策」、「醫療告知義務與醫療行為責任之關係」。(資料來源：財團法人高雄市醫師公會/教育課程。取得日期：民國106年7月2日。原始網址：<http://www.doctor.org.tw/course.php?p=14&keyword=>)。

## 第三章 研究方法



### 第一節 研究設計

研究方法學依發展時間遠至近，可概分為量性研究法(quantitative research)、質性研究法(qualitative research)與混和研究法(mixed-methods research)三種。量性研究法之立論根基於實證主義(Positivism)，其認為事物的真相有一客觀的存在、可以測量得知，強調透過數學、統計、控制干擾因子等方法，客觀測量與歸納出真相，常應用嚴謹的取樣與研究步驟，測量事物間相關程度與驗證假說；質性研究法之立論根基於詮釋主義(Interpretativism)，其認為事物的真相是由人主觀建構出來的，人類經由對話、互動、溝通等交流，建構出自己所認知的真相，所以強調透過文字、語言、人際互動等方法，描述和理解研究對象主觀的經驗認知，常應用訪談、參與觀察、文本分析的方式，闡述人與社會互動的現象並發展理論；混和研究法，則是指「在單一個研究或多個研究中，同時地或依序地採用質化和量化的方法，以形成研究問題、蒐集資料、分析資料或詮釋結果。」(宋曜廷、潘佩好, 2010)此研究方法，在1990年代後才漸漸確立其地位，其立論根基於實用主義(Pragmatism)，實用主義認為事物的真相是由經驗與效用證成的，真相是否存在依其實際效果而定，故其衍生出的方法學著重效用——能回答研究問題的最佳研究方法，就應採用，因此，在實用的前提下，可合併使用質性與量性研究的方法以解決問題(宋曜廷、潘佩好, 2010)。

本研究之研究目的一：了解國內醫師面對醫療糾紛的困境，為一探索性研究，希望能接觸到有過「醫療糾紛」此特殊經驗的醫師，了解其以自身角度出發，所感知到的困境描述，對困境這「現象」產生原因之思索，並希望將受訪者整個支持系統、社會脈絡都納入評估，以呈現此一現象的豐富面向。因此，質性研究的本質，最能達到研究目的。質性研究蒐集資料的方法包括訪談、田野調查、文本分析等，由於目標個體散在各級醫院中，並未有類似「團體」可供參與觀察，過去也鮮有國內文獻紀錄相關議題，研究者決定採取面對面訪談的方式，蒐集研究資料。同時，由於由文獻回顧得知目前我們對「國內醫師面對醫療糾紛之困境與教

育需求」了解不多，為一新領域、待探索之主題，研究者觀看與分析資料將採取紮根理論(grounded theory)，此為兩位美國學者 Barney Glaser和 Anselm Strauss在1967年首次提出的之質性資料系統性分析方法()，強調不預設編碼主題，由反覆閱讀、辨識等過程，從資料中試圖建立新的編碼、理論概念或假說，而非修改或驗證現有之理論模型(J. Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978; 朱光明, 2015; 張芬芬, 2010)。


本研究之研究目的二：國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求，也為一探索性研究，其包含的範圍從可用量性方式測得的：「是否對教育有需求？其需求佔群體的比例？」，到以質性方式回答較適當的：「醫師為什麼覺得需要或不需要醫療糾紛相關教育？醫師覺得應該要教甚麼？為什麼這樣想？」等問題，若採用混和研究法，將可豐富研究者對「國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求」之探討，以兩者方法之擅長互補，對此一議題產生較完整的觀察。同時，針對此一議題的同一面向，如：「醫師覺得醫療糾紛是否需列為繼續教育必修課程？」，可用質性與量性方式分別加以蒐集資料與分析，將所得的結果加以比較，達到交互驗證(cross validation)的目的。因此，採用之混和研究方法為J. W. Creswell 和 Plano Clark等學者所提出的，多重檢核設計(triangulation design) (Creswell & Clark, 2007)，採質性和量性資料蒐集並重、且同時進行研究之研究法。

研究目的二的質性研究資料蒐集方式如同研究目的一，將採取面對面訪談方式，了解醫師對醫療糾紛相關教育的需求與看法，同時，訪談資料的收集將與第一個研究目的合併進行，將訪談族群同樣設定為「台灣有過醫療糾紛之醫師」，於一次訪談內談及兩個研究主題。

研究目的二的量性資料蒐集，則採用自填式紙本問卷。詳細之研究對象與研究工具發展將於下節描述。

另，本研究考慮費用、態度、醫德等醫療糾紛原因之主觀性與相較於醫療傷害之後果之嚴重性，對醫療糾紛採用狹義之定義，引用前述第二章第一節吳俊穎





(2009)等學者之研究定義，並依本研究目的將其稍作修改，將醫療糾紛定義為「醫病之間因為病患主觀或客觀認為有受到醫療行為相關傷害，所生之責任歸屬之爭執；包括已提起訴訟或未提起訴訟者皆算，亦非以金錢請求為必要；任何請求均可。」同時亦加註說明，「單純因對醫護人員之態度不滿，或對醫療費用收取而有所爭執，非本研究所稱之醫療糾紛。」，以幫助問卷填答者或面對面訪談受訪者釐清狹義醫療糾紛之定義，據以作答。

## 第二節 研究對象

### 一、研究對象之取樣原則

本研究之取樣原則，採用立意取樣(purposive sampling)之方式 (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016; Patton, 1990)，即，研究者根據研究目的及研究對象所擁有的特質—例如某個欲探究之知識或經驗、可提供的資訊豐富程度等—在思考與判斷後，選取最適合研究目的之對象作取樣。

在訪談研究方面，受訪者納入條件為台灣「有過醫療糾紛經驗」之醫師，以了解其在處理過程所遭遇之困難、對醫療糾紛相關教育之看法與需求；相對無醫療糾紛經驗者，其較能提供親身經歷後所得之困境經驗描述，以及醫學教育是否有相關幫助之反饋。

研究者判斷是否收案進行訪談，除了符合前述主要納入條件外，尚依循立意取樣中，最大變異取樣(maximum variation sampling)之原則，針對受訪者之年紀、性別、執業科系、居住地區及醫療糾紛處理方式等，六項潛在研究對象之背景資料作揀選，盡可能尋求相異性，以期所得之樣本資訊能貼近母群體之經驗呈現。

在問卷調查研究方面，研究者選取樣本之納入條件為台灣「執業中」之醫師，在收案過程中另關注執業科系、執業院所層級之變異性，以期所得資料可涵蓋不同科系、執業院所層級之醫師，其對醫療糾紛相關醫學教育需求之看法。



## 二、研究對象之招募方式

### 壹、訪談

在訪談研究方面，由於醫療糾紛經驗在醫師間仍為較敏感與私密之話題，受訪者對研究者需有一定信任較可能願意接受面對面訪談，故研究者招募受訪者之方式，以人際網絡內接洽為主。個人接洽部分，研究者透過會面、電話口頭聯繫說明、電子郵件、個人社群軟體文字與張貼研究邀請函說明[見附件二：訪談研究邀請函]等方式，向研究者之周遭親友、同學、同事、師長等有醫界相關人際網絡者，傳遞研究資訊，詢問其身邊是否有符合研究條件、又可能願意受訪之對象，請託其擔任引薦人，協助詢問潛在研究對象是否對此研究有興趣。若潛在研究對象同意，才由引薦人提供潛在研究對象的身分、聯絡方式，由研究者與其進行直接接觸，判斷其是否符合取樣條件、詳細說明研究內容與邀約受訪。非個人接洽部分，則經指導教授之引薦，拜會某醫院負責醫療糾紛處理之行政單位長官群，經約一小時之會議報告研究目的、研究內容、研究流程與保密方式等，取得其同意與協助後，如前述方式，請其引薦潛在研究對象。研究者也會詢問已完成訪問之受訪者，邀請其引薦潛在研究對象。

### 貳、問卷

在問卷調查研究方面，由於研究母群體為全國執業中之醫師，不限是否有醫療糾紛經驗，且不似訪談需會面、錄音，僅以匿名、書面方式收集資料，故採公開招募之方式，徵求自願者參與研究。研究者經由人際網絡之引薦與協助，立意取樣以下幾個管道招募受訪者，屬公開組織者皆有經其行政長官之同意才進行人員招募與問卷發放：

#### ✓ 各級醫院心臟內科及其合作研究科部

此部分主要經由某跨醫院心臟內科研究計畫之召集人，協助向有熟識之合作研究醫院招募受試者。此管道可招募在各級醫院執業之醫師參與研究。



✓ 「台灣某慢性病衛教協會」

此協會參與之醫師會員以基層院所為大宗，故希望藉由此協會招募到執業層級為一般基層院所之醫師參與研究。

✓ 某醫院部分醫療糾紛高風險科別

由於問卷收集資料初期，發現醫糾高風險科別醫師填答人數較少，故取得某醫院醫糾高風險科別之主管同意，同意之科部有外科、婦產科、急診及眼科，以紙本或會議簡報說明之方式，向其科部醫師群公開招募受試者。

✓ 個人人際網絡

同訪談研究，研究者透過會面、電話口頭聯繫說明、電子郵件、個人社群軟體文字與張貼研究邀請函說明等方式，向研究者之周遭親友、同學、同事、師長等有醫界相關人際網絡者，招募自願受訪者。

### 第三節 研究工具

依據研究目的設計一份半結構式訪談大綱[見附件三：訪談研究大綱]，及一份半結構式自填問卷[見附件一：問卷全文]。內容說明於下。

#### 一、訪談大綱

研究者根據研究目的設計半結構式訪談大綱，內容主要分為兩部分，第一部分探討研究目的一：醫師面臨醫療糾紛之困境，由醫師過去醫療糾紛經驗談起，包括當時發生了甚麼事、如何處理、事件過程的感受為何、當時支持系統如何，了解受訪者之醫療糾紛事件的背景脈絡，同時在敘述與傾聽的過程中與受訪者建立關係，以「您覺得當時最難處理的問題是甚麼？」或「您覺得當時最棘手的問題是甚麼？」等問句，了解醫師面對醫療糾紛時最大的問題，也以「還有沒有甚麼讓你覺得困難的部分？」或「有沒有第二難處理的問題？」等問句，補充了解受訪

者遭遇到的其他困境，以收集完整資訊。第二部分則旨在探討研究目的二：醫師對醫療糾紛相關教育的需求，詢問受訪者覺得醫師是否需要醫療糾紛相關教育、原因為何、受訪者過去是否有接受相關教育的經驗、覺得自身經驗是否有可分享給同儕或學生，若有，研究者會試圖詢問其覺得理想的授課內容、授課方式、教師人選等，了解受訪者所認為理想的課程執行細節及其背後理由。

## 二、自填式問卷


本研究之問卷為研究者依據文獻回顧與研究目的自行研發，問卷初稿完成後邀請醫學教育專家、法學與政策專家及問卷設計專家檢視，針對其內容之適切性給予回饋，據以修正，以增進表面效度，修正後並實施3份前測，根據前測受訪者之建議再度修正後製作完成定稿。

問卷題目共有28題，包含13題研究問題與15題背景資料問題。問卷版面採A4紙雙面印刷共7面。

研究問題內容為：是否同意，醫師養成教育中，應加入與「醫療糾紛」相關的課程內容？若要實施相關課程，從何時開始學習最為恰當？若要實施相關課程，那些主題最重要？過去是否有上過課程之經驗？是否有想要上，但沒上過的課程？未能修習到這些課的主要原因是甚麼？由何單位所舉辦的「醫療糾紛」相關課程，醫師的參與意願最高？若要實施相關課程，應授課多少時數較適當？（詳見附件）

相關課程主題之列舉部分，依照第二章第三節文獻回顧所得、與專家建議，列出10個課程供選填，並有空白欄位供填答者自行選擇與補充，課程主題如下：


1. 「醫療糾紛」相關法律政策的國內外學術文獻評讀、現況分析、或法律政策的制定
2. 「醫療傷害訴訟」相關法規認識
3. 「醫療傷害訴訟」裁判文分析與學習
4. 「模擬法庭」：模擬學習「醫療傷害訴訟」法庭之進程序

- 
5. 「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享
  6. 「醫療品質」課程：包括病人安全(patient safety)、醫療風險概念與風險管理(risk management)、團隊合作溝通與領導力等內容
  7. 「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等
  8. 「告知與同意」之倫理法律意涵及技巧
  9. 「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示
  10. 「醫學倫理」原則與其應用：例如病人自主原則(autonomy)與預立醫囑(advance directives)、守密原則與傳染病防治之通報等
  11. 其他，請說明：\_\_\_\_\_

背景資料問題內容含：人口學變項（年紀、性別、執業所在地）、社經地位變項（婚姻狀況、教育程度、月收入）、與本研究欲探究相關性之醫師特性資料（職稱、年資、執業科別、畢業醫學院校、本身或親友是否有過醫療糾紛經驗、是否曾有被病人提告經驗）。另也於問卷回收時向受訪者紙本或口頭詢問執業醫院層級，並由研究者手寫加註於紙本問卷上。

#### 第四節 研究步驟與流程

研究步驟首先為題目發想：研究者針對有興趣的主題透過文獻搜尋、與師長同儕討論，逐漸縮小範圍，最後確定研究題目、研究目的，據此開始第二步驟：撰寫研究計畫、確定研究對象、發展研究工具；第三步驟為向倫理委員會申請審查：經國立台灣大學醫學院附設醫院之研究倫理委員會審查〔案號 201506043RINB〕，本研究計畫符合簡易審查條件及研究倫理規範，之後進行第四步驟：執行研究計畫。此時依據研究目的不同，分別進行問卷研究與訪談研究。



問卷研究首先進行研究對象招募，接著口頭或文字說明研究計畫、研究過程、參與者之權利與保密原則，取得同意後，經由郵寄、親送、email之方式送達問卷，請受訪者經由郵寄、代轉等方式回執問卷，再經由郵寄、親送、代轉等方式給予200元禮卷給研究參與者以感謝與補償其所花費的時間心力。接著進行問卷資料處理與分析〔請詳見本章第五節〕。

訪談研究首先進行研究對象招募，接著口頭或文字說明研究計畫、研究過程、參與者之權利與保密原則，若受訪者初步同意參與研究，則約定訪問時間與地點，在訪問當天再次口頭確認同意參與研究，並以同意錄音為同意研究之表示，才開始錄音與進行訪談。訪談時間預定為45-60分鐘，依訪談狀況調整。訪談結束後提供2000元訪談費與受訪者。研究者擔任此次研究之訪問者，於訪談結束後兩週內親自或請專人完成逐字稿聽打，據以進行訪談資料處理與分析〔請詳見本章第五節〕。

最後針對研究資料與分析結果進行研究成果寫作。

## 第五節 資料處理與分析

針對前述面對面訪談與自填式問卷調查所得之資料，分別進行處理與分析。

### 一、訪談

本研究訪談所得之錄音檔，先以Microsoft Word軟體聽打成逐字稿、經匿名代碼處理後，再匯入Nvivo 11.0軟體，進行後續編碼分析。

編碼方式採用Strauss and Corbin(1990)最廣為人知之方法，將紮根理論之編碼分成三階段之前兩步驟：

1. 開放式編碼 (open coding)：研究者反思性的閱讀文本，打散、檢視、比較、概念化和分類資料的歷程。

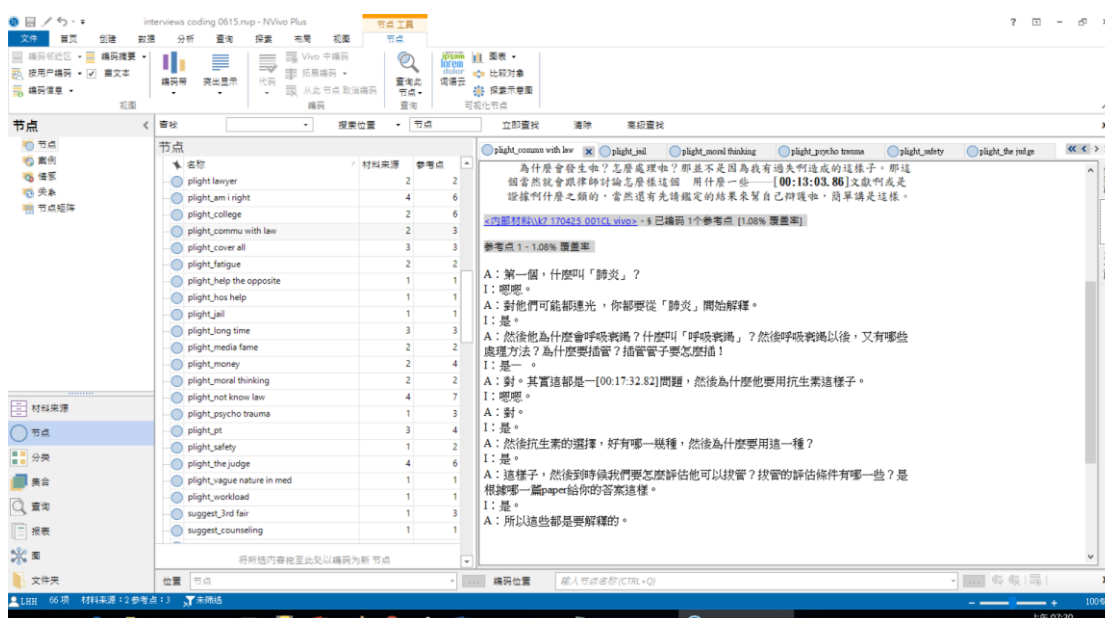


2. 主軸編碼(axial coding)：開訪式編碼在此一階段被修正、發展，並作出連結，辨認出互相聯繫的關係。

編碼過程先使用研究參與者的真實語言為概念命名，以避免分析者個人經驗限制其看資料之方式，透過反覆段落分析、不同個案比較、提問與思考，例如：「受訪者努力克服的議題或問題是甚麼？共同性在哪裡？相異性在哪裡？」，逐漸提出概念性的編碼，經過反覆回頭檢視稿件，進行重編碼或編碼修改，完成開放式編碼，再進行到下一步，檢視開放性編碼彼此關係與連結，進行階層化，發展出主軸編碼 (J. M. Corbin et al., 2015; Gibbs & 吳, 2010; Kvale & 陳, 2010)。

Nvivo為一質性資料分析(qualitative data analysis, QDA)軟體，研究者可在軟體內進行基本文字處理功能：如逐字稿編輯，也可匯入文本，對文本進行編碼、分類、搜尋關鍵字、讀取和修改已有的編碼成果，其操作介面如[圖二]所示，是可大幅增進資料處理與分析效率之軟體(吳心楷、辛靜婷, 2011)。

圖二：Nvivo 11.0 軟體介面示意圖



## 二、問卷

本研究以SPSS 22.0軟體，處理與分析問卷調查所得之量化資料，其步驟如下：



一、資料鍵入：將問卷調查結果先以Microsoft Excel軟體人工輸入鍵檔，之後抽取10%資料做二次原始資料確認，以避免人工輸入編碼資料發生錯誤之情形。待資料確認完成後，將Excel表格轉入SPSS軟體，並以該軟體進行後續統計分析，統計方法概述於下。

二、描述性統計：將醫師背景資料、對醫療糾紛相關教育看法與需求之回答資料，分別針對變項之結果分布與資料類型，以次數分配(frequency)、平均數(mean)、中位數(median)、百分比(percentage)等進行統計呈現。

三、推論性統計：

a. 單變項分析

a-1 以t-test探討兩組類別變項間，連續變項之差異。

a-2 以one-way anova探討兩組以上類別變項間，連續變項之差異。

a-3以卡方檢定 (chi-square test) 探討兩組以上類別變項間，比例之差異。

b. 多變項分析

依據單變項分析的結果，進一步依照應變項之資料類型，作線性迴歸(linear regression)或羅吉斯迴歸(logistic regression)分析，控制可能的干擾因子(confounding factor)後，在對於欲討論的應變項與自變項關係進行相關性研究。



## 第四章 國內醫師面對醫療糾紛的困境：研究結果



### 第一節 研究樣本特性

受訪者招募與進行訪談時間為106年3月至6月間，進行地點有醫師診間、醫院會議室、咖啡廳、學校教室、學校圖書館會議室等處。在考量最大變異之準則下收取充足樣本，及編碼類別不再有新項目，亦即達到理論飽和之條件下，結束訪談。結果共訪談16位醫師，訪問時間平均52.9分鐘(36-86分鐘)。為維持受訪者隱私，以隨機編碼代號K1、K2...至K16稱之，受訪者之背景資訊如下：

#### 一、執業地區

北部：13人，中部：1人，南部：1人，東部：1人

#### 二、出生年代

40年代：2人，50年代：3人，60年代：7人，70年代：4人

#### 三、科別

外科系：2人，內科系：10人，婦產科：1人，兒科：1人，急診：2人

#### 四、性別

男性：14位，女性2位

其他相關背景資料如表六所示。

表六：受訪者基本資料表



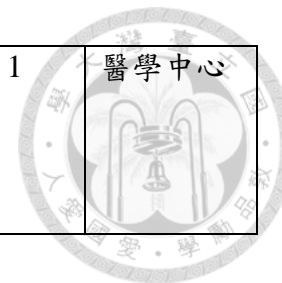
代碼	出生年代 (以10年為一級距)	性別	科系	醫療糾紛病人端主訴傷害情形	糾紛發生距今時間 (大約年數)	糾紛發生時任職單位層級	糾紛處理方式	糾紛發生時若在醫院，是否有專責處理單位或人	糾紛處理時間	糾紛處理結果/醫糾件數	目前任職單位層級
k1	50年代	男	內科	死亡	4年	醫學中心	院內協調 媒體 社群網站 衛生局 訴訟 (刑+民)	有，有專責單位及處理人	持續處理中	形事不起訴。 民事持續處理中/ 1	醫學中心
K2	60年代	男	急診	延誤治療	2年	醫學中心	院內協調	有，有專責單位及處理人	1個月	平和落幕/ >1	醫學中心
K3	60年代	男	外科	輕傷害	5年	醫學中心	訴訟 (刑+民)	有，有專責單位及處理人	2年	不起訴/ 1	醫學中心



K4	40年代	男	婦產科	死亡	18年	區域醫院	撒冥紙 聚眾 媒體 訴訟	有，有專責 處理之人	約8年	不起訴/>1	區域醫院
K5	60年代	女	小兒科	延誤治 療	2年	醫學中心	院內關心	有，有專責 單位及處理 人	持續處 理中	持續處理中/ >1	醫學中心
K6	70年代	男	內科	死亡	5年	醫學中心	訴訟 (刑)	有，有專責 處理之人	1個月	不起訴/1	診所
K7	70年代	男	內科	死亡	3年	醫學中心	訴訟 (刑)	有，有專責 單位及處理 人	2年	不起訴/1	醫學中心
K8	40年代	男	內科	重傷害	約30年	醫學中心	私下調解	無	3個月	平和落幕/>1	醫學中心
K9	60年代	男	外科	輕傷害	10年	醫學中心	衛生局調 解、訴訟 (刑+民)	有，有專責 處理之人	持續處 理中	持續處理中/1	區域醫院

K10	70年代	男	內科	死亡	6年	醫學中心	訴訟 (刑+民)	有，有專責單位及處理人	2 個月	持續處理中/ 1	區域醫院
K11	70年代	男	內科	輕傷害	2年	醫學中心	衛生局調處	有，有專責處理之人	3個月	衛生局調處結案/>1	醫學中心
K12	60年代	男	內科	死亡	約6年	醫學中心	訴訟	有，有專責單位及處理人	2 個月	不起訴/ 1	診所
K13	60年代	男	急診	死亡	3年	區域醫院	院內協調 訴訟 (刑)	有，有專責處理之人	1年	不起訴/ 1	區域醫院
K14	50年代	女	內科	死亡	15年	醫學中心	院內協調	有，有專責單位及處理人	2年	平和落幕/>1	醫學中心
K15	60年代	男	內科	死亡	8年	區域醫院	調解委員會 訴訟	無	持續處理中	持續處理中/ 1	區域醫院

K16	50年代	男	內科	死亡	3年	醫學中心	院內投訴 院內協調	有，有專責 單位及處理 人	2 個月	平和落幕/ 1	醫學中心
-----	------	---	----	----	----	------	--------------	---------------------	------	---------	------





## 第二節 訪談研究編碼：總論

研究者經過開放性編碼之過程，將受訪者談到面臨醫療糾紛的困境，例如對「回顧這次經驗，你覺得最困難的事是甚麼？」或「你覺得最棘手的事是甚麼？」等提問之回答，編碼出24個開放性編碼項目，再根據這些核心項目之特性與相互關係，將其階層化，分別歸類於四個軸心編碼之下(見表七)。本節先針對軸心編碼所得之四大主題作內涵說明，下一節開始將進一步呈現代表性之逐字稿段落，針對24個開放性編碼所得之核心項目作說明。

四大軸心編碼中，第一個主題為「訴訟程序與法律邏輯相關」之困境主題，其包含6個核心項目編碼，主要包括：1. 還原當時事發經過 2. 釐清責任歸屬 3. 不懂法律邏輯或訴訟程序 4. 需配合法院隨傳隨到 5. 冗長之審判期 6. 刑事濫訴現象，含括開放性編碼中與法律訴訟流程、法律攻防思辨相關者。第二個主題為「自我認同危機相關」，包括1. 第一次面臨刑法審判與究責之心理衝擊 2. 行醫信念受到挑戰等兩個自我認同相關之困境。第三個主題為「人際網絡與社會互動相關之困境」，含括1. 人身安全威脅 2. 被原本關係良好的病家指責拿其當實驗品 3. 病家可能有人格特質疾患，不知如何與其溝通互動 4. 走入訴訟後被建議不再接觸病家，因此無法了解對方想法 5. 無法幫助病家 6. 同儕在病家面前指責 7. 同事間推諉責任 8. 提供第二意見之醫師不同意原醫師看法 9. 主治醫師責任制 10. 法官或檢察官之庭上斥責 11. 法律專業人士難了解醫療專業內容 12. 疑似有鼓勵病人提告之捐客或律師 13. 醫院無協助人員與組織 14. 醫院協助人員負荷過重或專業不足 15. 病家透過媒體發言，造成對醫師名譽與醫病關係之損害，十五項與人際網絡與社會互動相關的開放性編碼。最後一個主題為不適合歸屬以上任一主題之「金錢賠償造成之壓力」，內涵如字面所述。

表七：困境訪談研究結果編碼表



軸心編碼：困境主題	開放性編碼：核心項目	代表性敘述來源
訴訟程序與法律邏輯 相關	還原當時事發經過	K2, K6
	釐清責任歸屬	K1, K3, K7, K12, K14
	不懂法律邏輯或訴訟程序	K6, K7, K13, K15
	需配合法院隨傳隨到	K10, K11
	冗長之審判期	K1, K16
	刑事濫訴現象	K6, K7, K12, K13
自我認同危機相關	第一次面臨刑法審判與究責之 心理衝擊	K1, K10, K11, K12, K13
	行醫信念受到挑戰	K12
人際網絡與社會互動 相關	病家相關5項	K2, K8, K9, K11, K14
	同儕相關4項	K1, K8, K16, K14
	法律相關人員3項	K3, K4, K6, K7, K13, K15
	醫院協助人員相關2項	K5, K15, K16
	媒體相關1項	K1
金錢賠償造成之壓力	金錢賠償造成之壓力	K14, K15

### 第三節 訪談研究編碼(一)：訴訟程序與法律邏輯相關

受訪的16位醫師中，雖然有5位醫師，最後並未經歷司法途徑解決醫療糾紛，但16位醫師皆有提到「訴訟程序與法律邏輯相關」之困境，是本研究中最早達到理論飽和的困境軸心編碼。

#### 一、還原當時事發經過

內涵說明：客觀地回顧與了解病家認為有爭議的就醫、診治過程中，所發生的事情。

此主題下的第一個核心項目是「還原當時事發經過」。通常「還原事發經過」是醫療糾紛發生時，需進行的第一步驟，有助於後續醫療傷害責任之釐清，也有助於與病家溝通疑問之處。然而，訪談資料結果發現，醫師在這一步驟就會遇到困難。受訪者曾因接觸病人眾多、時間已相隔久遠；病人病情複雜、經過太多醫療程序與專業人員；或是一時之間情緒衝擊、思緒混亂等原因，面臨無法獨立還原當時事發經過之困境。

「...從他來急診看診那次，到提出院內申訴，已經過了快兩年了.....光看名字，我完全想不出來那個病人是誰，所以我根本不知道是怎樣的一個人來投訴我們，或是告我們。」(K2)

「我覺得最難處理的話，就是說，第一個——釐清事實嘛...到底發生了甚麼事情——對——所以的確是很需要——就是說有人——比如說就是，有一個人他要帶頭.....然後他可以召集相關的人，大家討論——到底發生了甚麼事情。」(K6)

#### 二、釐清責任歸屬

內涵說明：判斷自己是否需對病家主張的醫療傷害負責。



訪問結果發現，許多受訪者在病家提出質疑時，答案也是不確定的：無法自己肯定自己全無過失、釐清病家所主張的醫療傷害是否是自己失職所造成。在責任釐清的部分遇到困難。



「這個醫療，這個基本上我是覺得不可能沒有瑕疵，而且對方又是念醫療。他整本病歷給你co，仔細看，一定有那一個字或兩個字，什麼地方有些疏漏或者是解釋不清，沒寫清楚或是說一時筆誤，或是說兩個人寫的，有點矛盾，或是說住院醫師有寫我沒寫，到最後被他咬住說你看你就是沒弄。我覺得瑕疵一定是難免，但是這個有時候你就會覺得，被他咬到一個瑕疵，你就覺得很害怕，還是會這樣子……其他對整個，他說我們治療錯誤或什麼，我覺得基本上一開始——我是覺得比較沒有問題，因為整個大方向，並不是說很major的miss diagnosis，診斷錯誤或是決策錯誤，基本上應該是沒有。至於小瑕疵這個，要不然，因為在案子中間，因為他每天，因為他看得很仔細，每天疾病怎麼看怎麼看，這個疾病今天有沒有想一下？有沒有處理一下？那個疾病怎樣？每個數字data，像ICU這抽血一大堆，每個data高一點，白血球高一點低一點，你到底有沒有針對這個有想到呢？這個這個，這個很難每天這樣子，而且你每天不可能在chart上為每個數字都去寫註解，『這個數字白血球我認為是，所以這個data是這樣，所以我判斷是OK啦。』如果惡化了，我今天就因為這個做了什麼決定。這個沒辦法這樣子啦，就變成，好像有一些模糊空間，或是它可以各自解讀，這種空間，我比較怕這個啦。」(K1)

「當時當然——就會覺得說欸是不是自己真的有疏失這樣子……很——擔心，是不是說欸自己真的——有疏忽什麼。」(K7)

有時會以較完美的標準檢討自己或制度。

「我們一次是照顧，欸應該是十，應該是十四、十五床之類的，那我們的——我們這樣子的一個制度底下，我們是不是真的有辦法把每一每一件事情都做到最完美？我們只能說盡量符合，就是已經是符合醫療常規，但是如果說看得更仔細，

我們一對一的照顧，是不是可以更好？當然這就，這也是可能的。但是——但是照顧得更好那會不會改變預後？其實也不一定，齣，所以這、這是很難講。」(K12)

要判斷自己當時做的對不對，許多受訪者向同儕求助，由同儕的反應來判斷自己的表現是否符合醫療水準、或當時所下之醫療判斷是否正確。

「為了這個——究竟那個實際是不是該放這一根，我還請教了他的心臟內科，因為他還有其他的問題、還有周邊血管的問題……我查證後來發現心內的醫師認為一定要放、要怎麼樣，那我就覺得說比較安慰，因為我也擔心我自己做錯事。」(K14)

「他看過我、還看過其他兩位——我們科裡的醫生...（有請他們）看chart... 整個的——醫療過程要很確認——要很確認——整個的——處理，除了我來看沒問題，其他的醫師來看，也沒問題這樣子……」(K3)

### 三、不懂法律邏輯或訴訟程序

內涵說明：不知法律邏輯，訊問與應答的重點是甚麼；不懂訴訟程序，不知如何準備因應。

「那時候，可能會發生甚麼事情，還有接下來的過程，其實不是那麼了解。大概只知道說，喔，現在發生甚麼事情了，然後接下來可能要開偵查庭。你要怎麼講——對於接下來可以做的事情就是，不清楚——一天到晚，就不知道到底會發生甚麼——很徬徨……」(K6)

「那後續的困難我想大概就是這個是打官司的東西啦，就是說你要怎麼在法庭法院上表達自己的這個過程，讓不是醫療的人員知道這個事情的起，就是整個過程的，為什麼會發生啦？怎麼處理啦？那並不是因為我有過失啊造成的這樣子。那這個當然就會跟律師討論怎麼樣這個——用什麼一些——文獻啊或是證據啊什麼之類的，當然還有先請鑑定的結果來幫自己辯護啦，簡單講是這樣。」(K15)



訪問者：「是。那從這個案件你覺得那時候在——要處理跟面對的時候，最困難的事情——是什麼？」

受訪者：「呃，我們對法律不了解——。第一個就是說，第一個就是——當然我們對於——我們對於法律不了解這是一定的嘛喔，再來是，第一個光寫——程序怎麼樣——都不知道，就是對於——你要知道就是——我們文字要怎麼講，對然後，要——就是要講得——就是很——四平八穩這樣子喔，這些其實都是要——就是要律師在旁邊幫你修你才會。」(K7)

若清楚處理流程，醫師所受的負面影響會降低。

「後面的那個過程會變成說，你會變成比較成熟去看待，類似的事情。嗯。所謂比較成熟地去看待是——就是，可能——如果再再碰到的話就，不會，那個情緒可能不會，波動那麼大，也不會受到太大的影響因為，你已經——知道流程了。」(K13)

#### 四、需配合法院隨傳隨到

內涵說明：刑事被告需配合法院隨傳隨到，醫師需臨時請假找人代班，除原本已排滿的工作或約診病人受到排擠，也影響生活作息，加重處理醫療糾紛過程的身心疲憊之感。

「很浪費時間，因為我去的時候，因為時間是由他們指定，那如果剛好遇到我的門診或是治療診的話，我就必須請假，我就要找人來cover，而且我不得拒絕，因為那是有強制性……」(K11)

「如果人家會有新的證據，他找找找找找，找到你有新的問題，他就會再叫你出來一次，那你是不是就要很常請假去法院，就很痛苦，這就是一個問題嘛……你就是要一直出庭，就很痛苦啊……跟你玩消耗戰這樣子。」(K10)



## 五、冗長之審判期

內涵說明：審判期冗長對醫師來說也是一壓力來源。

「法院的流程都是很久，因為開一次庭，問一問，完了以後就覺得石沉大海，然後下一次開庭又—又不知道什麼時候你也不知道，因為不能去問檢查官或法官你這案件趕快辦啊，我在這邊等著，資料送去了啊。你就只能乖乖在這邊等他—排庭期……」(K1)

有受訪者會提到，願意以金錢來換取不進入法律訴訟程序，希望保留時間在治療病人，而非處理紛爭。

「因為你最後走到法律程序時候，那浪費時間的這個，這更討厭，啊所以前面那個浪費時間，是認了，認了來解決後面更浪費的事情，啊我也寫了就是說如果真的要付錢的話那我—覺得，付錢—解決浪費時間—你也是個選項……你的戰場不是在溝通解決—醫療糾紛，你的戰場是—你有沒有去治療病人，要是你，要—要是—要是能夠付錢解決一個溝通事情我覺得，錢付一付也就算了，包括第二那個—我剛剛的講那個經費的那一例我本來想說，只付了錢就解決事情就算了—爭不爭—很無聊。」(K16)

## 六、刑事濫訴現象

內涵說明：在此用「刑事濫訴現象」指稱受訪者提到的兩種情形，一種是告訴人本身時常進出法院、提起刑事告訴，有慣性使用訴訟資源之傾向；另一種是告訴人即使知道醫師應無過失，仍提起刑事告訴，疑似為滿足其他不合理要求—例如金錢補償—之手段。

「後來開完檢察庭也是，就，對方後來就撤告嘛，對。啊那時候我就很不爽，我就有問律師說，他這樣子，隨便亂告，甚麼人都告這樣，他一點代價都沒有，撤告就是，他撤告就好。所以那時候其實也滿憤恨不平，就覺得，現在這種法律制



度就是很奇怪，就是，他可以濫訴，他可以到處告，但是他不用付出甚麼太大的代價，他只要爽，他撤告就好了。」(K6)

「我的前東家的學長，他，他去年就被告兩次！而且，跟他很明顯就沒有任何關係，不是他的，就是根本，沒有他的責任、沒有他的問題，啊這樣就要去，就要去法庭兩次，煩不煩哪！..... 醫美好像，糾紛更多啊，啊那個都嘛是拿錢賠因為他們的收，他們的——嘖，charge比較高啊，我就直接送他，你—你也不要吵了多少钱給你，嗯啊。大部分其實都這樣處理，呵(笑)！因為，你站在經營者的角度來看其實，這樣處理可能最簡單。啊反而我們這種，根本不會怎麼樣的，你就被逼，你就被迫得去，走完那一個——那個，那個過程啊。就是有問題的都沒事啦，啊沒問題的都有事啦。.....我覺得要提高訴訟，提高訴訟成本，再來就是——賠償其實就，不要有那種很奇怪的想法了，就是欸你，你就是這個人在醫院死了，我就要個幾百萬。.....啊這樣感覺就是每個人都在買樂透的吧，嗯啊我進去如果怎樣了，我就我就要提告，你態度不好你怎樣怎樣，什麼都可以提。嗯啊事實上，沒有提出任、沒有提出什麼疑點，他也可以來——來告你啦。(要使訴訟)成本提高，然後再來讓他不要有預期—有什麼，會有什麼—收益。」(K13)

「這個case，他父親在E醫院還是Y醫院往生的時候，他也告那邊啊，所以我覺得我們是覺得事實上是濫訴啊，但是問題就是說，當然我們是覺得濫訴這件事情我們是很討厭，但是問題是訴訟就是人民的權利啊，那所以好像又沒有什麼辦法。.....困難點就是，就像剛剛講的，既是人民的權益，我們不能夠，不能夠就是完全禁止，但是，但是這個濫訴的事情又又仍然會存在，所以真的覺得也是蠻困擾的。所以也就是說呢，又會回到剛剛的一個價值觀就是，那不要碰就沒事了啊，反正要告去告別人！對啊，可是事實上這是一個非常——非常消極的一個想法。」(K12)

「家屬——他們對於當時我們寫出這樣的診斷書非常有意見。他希望你寫『意外死亡』——為什麼是這樣，後來我們去側面去了解是因為（已過世的）病人欠了一筆錢，然後會留給他家屬。那家屬為了要負擔這一筆錢，他希望拿到保險金可以來支付這一筆錢。所以他希望說我們寫——『意外死亡』，他就可以跟保險公司意、

申請意外保險。他最後一次有來.....他最後一次都還在講說，為什麼我不能寫『意外死亡』診斷書？.....真的——醫師是有罪的——這一件事情是很少比例很低很低。但所以說你就知道說很多人都是——都是在被浪費時間的.....是很大的問題啊我覺得這個——都是在浪費時間。對。對啊可能家屬都說我沒什麼事我就跟你耗這樣子啊喔，對啊，就像——就像當年吧，F（某醫糾高風險科知名前輩醫師）、F也被告過嘛，他被告了以後他就——就是他很盡心盡力救那個病人啦，然後病人家屬，最後要告他的理由就是因為，欸反正你錢這麼多，我想說你也用不到，那我告你的話，說不定我可以從你身上，拿到一些錢。對啊，那我還記得F講過這個故事，你就會覺得，很灰心這樣子，就是有點就是，濫告嘛就是，對啊，我看你有錢欸我告你呀說不定我可以拿到一點好處，反正我又不用付錢你會付！對，有人會幫我告你。你就會覺得這根本就是，整個過程就是——一場鬧劇啊。」(K7)

#### 第四節 訪談研究編碼(二)：自我認同危機

##### 一、第一次面臨刑法審判與究責之心理衝擊

內涵說明：受訪者中有多位表示醫療糾紛是人生中第一次成為刑事案件被告，得知被告當下心情受到很大影響，多半為緊張、害怕，也有人升起「我是醫師，原本是想救人，卻要被當犯人審判」，心理上不舒服的感覺。

「通常是因為醫師比較沒有法律的經驗，所以會覺得慌了或是害怕。就一開始接到傳票，哇不得了！這案子怎麼辦？要去，要去被叫去這樣子。到後來就覺得現在回過頭來想，那傳票根本就是小咖的.....第一次接到傳票，那個醫師、住院醫師、護理師接到：『哇！怎麼辦？被告了！』，而且上面罪刑是寫業務過失致死，到後來又追了一個殺人罪，這個殺人被告.....我覺得沒有經驗，或是你沒有法律上的這些東西，你就會覺得會害怕。」(K1)

「其實那個時候心理壓力很大，因為沒有遇過這種事。」(K11)



「就是有點像那個——我們那個什麼，你一聽到一個壞消息的那個接受，不是有分期嗎？啊，不是我覺得不一樣，但是就是會有一些影響，一開始就是說，『靠！怎麼是我？馬的我做錯什麼事了？』」嗯然後，接下來就是，接下來就擔心說欸啊會不會真的，會不會是真的——就會被當罪犯了？……『啊？我是罪犯？』心裡會有這種，會有這種想法啊，我，我——我也沒犯什麼罪，結果被當做刑事的——疑犯。嗯啊。啊其實那也不過是一個——嘖，就是一個名詞而已啦，嗯但是一開始第一次你——情感上基本上是沒有辦法理解沒有辦法接受的。嗯，嗯，嗯啊。被害人……」(K13)

「剛發生你會比較緊張，因為你從來沒有遇過，對，可是，我其實一開始是很緊張，我想說：『靠！就是要被告，要上法院了。』……覺得完了、完了就死定了，就很可怕。」(K10)

心理衝擊有時候會帶來細膩的思考。

「我以前也曾經想過，因為，當然看到很多，欸……我們說其實，像就像有一些醫師、有一些老師就會覺得說，事實上醫療糾紛可以避免的，我這一生都沒有遇到醫療糾紛，然後我就會有點開玩笑或者是——也可能也沒有跟別人講，但是就覺得說，因為我對病患也是也是盡可能無微不至嘛，那還非常用心，那所以，我就會覺得說我應該不太會遇到醫療糾紛啊，那如果遇到的話，那我就不要當醫生啊好了，就是有點有點開玩笑的話，那結果還還真的發生了，然後就會覺得說，噫，還真的有點不想當醫生……刑事當然一方面除了出庭之外，或許它冠上的這個罪名也是比較那個讓人難以接受，什麼故意就是比如說，不管是過失，或是故意傷害或殺人啊之類的，這當然是比較——當然這只是名稱的問題啦，我覺得，可是當然，如果今天這個案件成立了，那或許我們就變成一個有案在身的醫師了。事實上，當然曾經我在離開前也有老師說，哎呀，這（某醫糾高風險）科每個人都背負著一、兩個案件在身上啊，當然我們也有也有很厲害的老師，那個，都是在國際間會去做一些那個live demo（中譯：現場示範操作教學）的，他也是都——

那些案件也都還還在跑啊，對啊，就覺得說好像也是稀鬆平常的事情，可是我又覺得說，可是，越是稀鬆平常的事情，那大家越不想去改變，那我們就會覺得好像，到底該改變的是誰呢？今天我的想法是說，其實坦白講有一點不好啦，但是就會覺得，今天我們想要為這個社會付出，對，但是這個社會就這樣對我們，那我覺得，這個——雖然說他可能只有0.1%對，但是，如果說這個社會不想要去為了這0.1%而去改變的話，那我這99.9%我也不想要去幫忙，我覺得這是一個互相。」(K12)

## 二、行醫信念受到挑戰

內涵說明：醫療糾紛事件引發醫師對之前長久行醫之信念發生動搖、處於擺盪之間，有時不再回復。

以下舉K12受訪者之訪談自述作為此核心項目之說明。其原本期許自己能積極、義無反顧照顧病人，發生事件思考後開始有所保留，甚至改變執業場所，離開可施行較重度醫療措施之醫院，轉往基層院所服務。

「以前我可能會覺得說我顧得來，我就要義無反顧地把他顧到好，但是呢，看到這樣的家屬，我就會覺得說，那如果以後我這樣遇到這樣的家屬，那我就算會，我也說不會啊。對。那就是——但是這也是……事實上這樣子對我們整體醫療的品質，對，這整個制度面本身事實上是不好的，但是這就是現況，對，對對我的想法，我的想法就會有點修正。至少我們在台灣，或者或者是特別在F醫院，會想要選某（醫療糾紛高風險）科的醫師的人格特質上，都是蠻積極、蠻衝的對，也就是說，絕對是不甘於平凡，對啊。那，所以我覺得當初其實以以——當然當初選某科也是希望說，能夠在重症這一塊，就算是顧加護病房也好，那我們可以這樣子陪病患出生入死啊，那或者是解決一些比較複雜的case。對，所以其實，事實上是從來沒來想過要到診所去的

……如果今天我能夠做，而我不做的話，譬如說我在醫院，我能做而我不做，這就像今天看到一個路倒的病人，我不去做急救，那事實上我心理上是會虧



欠的。但是我在診所，我就是沒有這個能力啊，我能夠做的就是轉診，我不會有任何虧欠感啊，對啊，因為我該做的已經做了。但事實上，對整體醫療的這個資源來講，事實上事實上是一種浪費。

.....只要病人死了，也許，對啊，家屬就會—不管是他的原因是什麼，他是他覺得他的自尊心受到損損害，或者是說他想要錢，或者是說他覺得需要一個交代，這也都是—只要是病人死了，他們都會想要，嗯...我們有一個交代或者是討個誠意，所以也就是說，事情給我的一個影響或者是給我的想法就是說，只要我不要去照顧這些比較那個，就是mortality rate比較高的病患，也許我就比較不會，比較不會遇到，所以後來就毅然決然離開醫院了.....」(K12)

承前面所述，K12受訪者雖然採取離開原職場的行動，但仍反思自己的行為是不是不符合醫德、會影響整體醫療品質，或造成資源浪費。但之前遵循心中典範人物的教誨，卻在現實世界中受到傷害。

「今天我們在那個飛機上、高鐵上，遇到就別人廣播、說需要醫生，我們會不會出面？雖然我們口頭上都說不會，可是其實很多醫生都還是會啊！這就感覺好像是在內建在我們本身的一個行為模式裡面，就被那個就是烙印下去了。但這個怎麼說呢？這也是有點像醫德的那種大帽子一樣，就是變成說我們會覺得這樣做，因為我們的一些role model告訴我們應該要這樣做，可是做了我們又可能會受害，所以其實這也是一個很矛盾的一個想法。」(K12)

## 第五節 訪談研究編碼(三)：人際網絡與社會互動相關

### 一、病家

內涵說明：包括1. 人身安全威脅2. 被原本關係良好的病家指責拿其當實驗品 3. 病家可能有人格特質疾患，不知如何與其溝通互動 4. 走入訴訟後被建議不再接觸病家，因此無法了解對方想法 5. 無法幫助病家等五項核心項目。

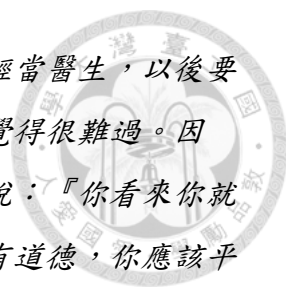
病家有時會有言語或行為，令醫師感到人身安全受到威脅，心理壓力很大。

「還有一個就是家屬啊，黑道啊。你法律不是那麼怕啊，法律當然你會害怕，如果你站不住腳你就會害怕，你站不住腳你當然會害怕，還有一個很大的壓力就是黑道啊。……這個你沒辦法控制……那——好像傳回來的話是說，他兒子怎麼樣我就要怎麼樣。對。威脅—很嚴重。……我的人生，搞了三個月，被罵了三個月—工作上壓力也很大，R3了，工作壓力也很大，每天要去被罵，又怕腳被剝掉。因為我想他（病人）腳一定沒了。」(K8)

「我想每個急診人或是每個醫師很怕遇到的是，這種被人家偷襲的一個動作。……有一點像是跟虛幻的人在那邊打，也不知道在打誰，你也不知道走在路上，不知道他會不會突然竄到你旁邊去？……我可能認識他，或是我對這個人很有印象的時候，我可能心理會比較踏實一點。……像我剛剛跟你講的黑道那件，我學長遇到黑道那件，他開始遇到前一個月，他走出門口就會有人在外面等他，那個心理壓力就真的很大。」(K2)

「那個前輩跟我講叫我要小心，害我那陣子出門都會東看看、西看看。前輩說叫我要給錢，就是說你怎麼知道人家會不會psyche來來堵你啊或什麼的，因為他已經知道我不在那家醫院，好像就告會知道會講說我在現在在哪家醫院……只是心理就覺得說那個人會不會——像那個人也有在看身心醫學科，就怕他有時候會有不理智的行為。」(K9)

被原本關係良好的病家指責拿其當實驗品：此受訪者呈現出的困境是兩者累加的，一為在併發症發生前，其自認與病家互動關係良好，事發後病家態度丕變，令其感到挫折；第二打擊則是，受訪者自認對病家盡心盡力，併發症一發生也有高於其他醫院醫療水準的妥善處理，卻被病家指責對其生命不當一回事、不道德、拿其當實驗品，比起指責醫師年紀輕、經驗不足、技術不佳，更令受訪者難過。



「那位病人就是，也是有點不太高興就是說：『你呀，那麼年輕當醫生，以後要多多練習，不要把病人的生命不當一回事。』聽到這句話我是覺得很難過。因為，我們當醫生的是不會故意要去傷害病人。然後他就是跟我說：『你看來你就是拿我當實驗品。你怎麼可以拿病人當實驗品呢？你這樣很沒有道德，你應該平常多從其他方面去充實自己的技術跟知識，才不會—害病人怎樣怎樣。』反正他講的就很難聽，就是針對我，第一個就是我是程度很不好的人，然後我是刻意傷害，把他們當貴賓狗厄—不—是實驗老鼠這樣。第一個基本上，我覺得他—指責我年輕—我是沒意見。指責我技術不好，—我也沒意見，因為這種東西永遠只有 better，沒有更差，那我也承認我的技術也有進步的空間，跟我的老師，一些老前輩比起來，確實是比較差，但是我可以說，我在我們醫院的技術算前三，但我也不是最好的，他說我技術不好我也可以接受，但是他跟我說，他覺得我在拿他當白老鼠的心態，這點其實讓人家覺得，心情很不好啦——，因為覺得，可是因為畢竟我是『做錯事』的那方，事實上我對『做錯事』這件事情我也覺得非常的—因為他本來就有這種併發症的risk，這不應該算錯，但是終究，受傷的是他，所以那個時候，雖然不爽歸不爽，但是後來就也沒有，我也沒有回答甚麼就是了。」(K11)

病家可能有人格特質疾患，不知如何與其溝通互動；有受訪者提到，遇到的病家呈現一些人格特質疾患的特質，例如「邊緣型人格違常」、「妄想型人格違常」，不知如何與其溝通互動，是一困境。引述一名受訪者所遇到的個案，是病患的關鍵家屬，在醫療過程中似乎一直對醫護保持戒心、持懷疑態度，在詢問其想法時常常沉默以對，即使需要其提供資訊以協助醫療判斷、仍不願溝通，在病患病情變化時，此家屬曾發生試圖傷害自己、以阻止旁人對病患施行緊急醫療行為之舉動，影響病患照護甚鉅。最後病患病情不佳，對方提起了訴訟。

「那個人就沒有在談，他不想談這樣。所以這種人啊比，比一些——就是——明著這樣罵你的人啊，就是更詭異，因為他——非常詭異，老實說我覺得他應該是某種，精神病患... 整個人就——這幾年來就是不斷地——這樣告那樣告一直換方向告，然後，就是都告不成啊.....我覺得，兒科最大的麻煩就是，你要受限於那個

小孩還沒有成年的話，那精神科醫師其實——也——很難說我為了要保障一個 兒童，而且是高中生的狀況，去做什麼——介入的處理，所以他的監護人沒有任何一個——真的精神科的診斷的話，欸——至今我就會，覺得沒有，沒有想得清楚要怎麼辦啦。」(K5)

無法幫助病家：有受訪者覺得病家一直處在喪親的哀痛和不理性地責怪他人的情緒中，其實需要幫助，但以醫療糾紛當事人的身分，較難有施力點。

「我當時候那時候是有跟她安慰說以後就是妳自己個人的需要，妳還是可以找我幫忙.....我禱告的時候就是，突然想到她在哭，我相信她真的在哭，因為她，她這位親人對她很重要，然後她自己也跟我說她天天都在哭。

.....第二次是比較禱告就是求主安慰她，還有給她，就是給她，適合的人來幫她，因為我們跟她講沒有幫助，那希望有適合的人會跟她講比較合理的，或在旁邊，旁觀者比較清，對，就是一些，我如果為她禱告就是希望她能夠從這件事出來。」(K14)

## 二、同儕

內涵說明：內容包括受到同儕在病家面前指責、同事間推諉責任、提供第二意見之醫師不同意原醫師看法、主治醫師責任制等四個面向。

有受訪者認為最大的困境是，醫療過程中，被前輩當著病家面前指責，病家抓住此點，認定醫療傷害是其造成，需為結果負責。

「剛好我一個學弟，在那邊實習，聽到家屬衝進去告御狀這樣.....我那個學弟跟我說，他說人家C(受訪者當時工作的上司)進來講到他滿臉脹紅，所以他一定有delay這樣，哇，後來就鬧得不可開交.....最困難的，就是C，我怎麼處理？教授這樣講我怎麼處理？我們那時候這麼資淺，這麼尊敬老師.....我怎麼處理？」

(K8)



同事間推諉責任也是醫師在面對醫療糾紛時可能遇到的困境。

「還有一個是OO科(當時有接受照會的科別)，他們內部開會.....居然為了保護他們自己的內部開會，居然說，這是因為A(受訪者名字)自己態度不好才鬧成，居然沒有一點點反省的能力.....這是最不能接受，我們也不能怎麼樣，因為我們受的教育說不能攻擊。我最後當然我是火大，我就扯出來了，就是說大家——我也沒有說是他不對，我說不然你去查，你去告，告了法院就會釐清，我有沒有去照會？我有沒有去廣播(台語)我只好這樣子。我沒有說他怎麼樣，我那時候還客氣.....互相扯後腿，我覺得這個最危險。」(K8)

有受訪者覺得第二意見令他的病人加深歧見，需費很大力氣化解。

「我們是對的，因為我們那是有根據的，啊另外一個醫師是——是錯的。可能因為另外一個醫師跟他講說，不需要用到這個劑量，所以，所以他才會有一些——一些——意見哪覺得說——啊那個會不會就——怎樣怎樣怎樣怎樣就——有的沒的意見就一堆.....大家自己互相害自己，一點意思都沒有.....啊怎麼會有，怎麼會——反正就是醫界很多——這樣子的人，有時候對啊很遺憾。」(K16)

另，主治醫師往往肩負醫療團隊整體行為的醫療責任，轄下的住院醫師或護理團隊所做的醫療行為出現爭議時，需出面負起責任，有所謂的「主治醫師責任制」，壓力沉重。

「我個人認為如果真的是我錯，我願意賠更多，就是雖然當時候他們放的時候，嗯，因為總醫師我授權給他嘛，我在門診，所以我也不會怪他說他做了什麼決定，因為是我授權的啊，我在門診我也不可能過來說重新評估一次是不是要用，所以我相信他們的評估，那再加上，嗯，的確發生了問題」(K14)

「他好像整個矛頭通常都會針對主治醫師，所以主治醫師壓力或許跟住院醫師或是跟護理師、護理長、又不太一樣。因為，但是，對，所以有時候就是雖然說，



那個藥lactulose，藥也不是我開的啊！那，這這這，覺得這個好像有一點針對我的樣子。不過這個法院——檢察官或法官怎麼認定就不一定，因為他們有時候對我們的醫療的——的——的邏輯就不太了解。我們所謂責任制，主治醫師責任制。」

(K1)

### 三、法律相關人員

內涵說明：包括法官或檢察官庭上斥責、疑似有鼓勵病人提告之捐客或律師、法律專業人士難了解醫療專業內容等三種情形。

有受訪者提到遭法官或檢察官庭上斥責之經驗，面對斥責除了當下心情難受、感到屈辱，也會產生執法人員是否已有心證判定之感，壓力倍增。

「再者在法律上面，把我起訴之後，怎麼又把我判有罪，那這個當然是最不能接受，因為——對對對對——那其實後後面這幾年大概就是沒沒什麼特別感覺，因為就已經變成是一個，一個一個routine的東西了，反正就是有收到什麼通知，要出庭就去出庭這樣子，大概還好。主要會比較有壓力還是在前面，尤其是在——出庭，面比較有壓力還是在前面，尤其是在——出庭，面對法官的質疑的時候。因為法官不見得了解我們醫療行業從業人員這些——醫療的一些不確定性，他反而會有點在責備——質疑你為什麼會，人命這麼草率——之類的。……在法庭上會遇到法官有時候比較——態度比較『那個』的，會覺得有點，比較難招架啦。就是說他好像就會覺得你是不是，真的——因為，其實法官不能夠——偏頗，可是我感覺起來他就是會覺得，他的問話或是他的語氣好像就是覺得你、你就是怎麼樣，那那個壓力會比較大。因為就像我剛剛講，我們醫生又不是說故意要怎麼樣，這個是併發症沒辦法預期的，所以大概壓力上會在於遇到法官，如果是他是比較——強勢，比較講話比較衝，甚至已經有點偏頗了這樣子，招架會比較有壓力，會有點招架不住，因為這個都有遇過。」(K15)

「又接到傳票了，久久會接到一次，每次接到一次就要面臨那上面那個人把你當犯人，當犯人這樣問，啊你就要禱告一下啊，禱告，啊你就會有力量，不會害



怕，心情很穩定，不會跟他起衝突……有一些問得都很苛刻，但是我們大概都可以（吸氣）——慢慢跟他講，就是這樣子。」(K4)

與上述司法人員造成之困境形成對比，執法人員的一個動作對醫師來說也可能是困境中的安慰。

「剛開始很——很憂鬱啦……當然第一次去——去警察——其實，D分局的那邊，問筆錄的時候當然就——嘖，當然那時候就是——很緊張啦，壓力很大。但是，我覺得（刻意壓低聲音），但是我覺得，其實那些警察都——他們聽——聽他們就覺得——他們都知大概知道你，你是——你是——被盧的。對，所以他們其實對我們相當相對而言是相當禮遇的……縱使他只是，講起來他只是說，喔我有給你水喝啊——給，就泡茶給你喝啊——然後我給你看報紙啊這樣子，然後——，對啊但是，好像又沒什麼但實際上，就——你去看他對待其他犯人的——態度你就知道其實他對你很禮遇很禮遇。

（I：是嗯。這個禮遇對你的——心情有——幫助嗎？）嗯——當然會有點幫忙啦，當然你就會知道說他其實不是真的把你當犯人在看這樣。——他只是要說，這些是過程，必須要走完一次。那只是這個過程，就希望，就是，不要造成大家太多的一——就是——就是難受這樣子……所以我覺得整個過程，雖然很痛苦但是，但實際上啊，喔這是事後回想啦你就會覺得，其實當時是受到蠻多禮遇的。」(K7)

有些醫師覺得病人會提告，中間有疑似有捐客或律師之協助，即使知道病家訴訟勝率不高，仍慫恿其繼續訴訟，以從中獲利。

「他要錢，然後——，他——（厄）這個，其實——，可能他，那，他其實有找到法扶的支援因為，法扶——，你知道法扶嗎？就『法律扶助基金會』。……我覺得，有——有——有——這種捐客，就是——他們可能不知道怎麼樣拉上關係，然後——嘖，理論上，要嘛就是他律師可能——有一些律師可能不是很正派啦，他會去——透過法，法律扶助基金法律基金，扶助基金會其實是拿——政府的錢，然後——他等於是，因為對方就是——可能，收入沒那麼高可能中低收入戶，然後他等於是用政府的錢，請一個律師……」(K3)

「……一定有，我相信一定有律師去——說『欸你要不要告？告贏我們分！』」。  
嗯。因為他們目的不是要關我們啦，嗯啊，而是要錢而已啊。」(K13)

為了釐清醫療結果與醫療行為的因果關係，有時仍需要將醫學專業內容解釋到令法律專業人士能了解，也是一項挑戰。以下為K7受訪者談到他一開始如何花時間在解釋醫療事件的部分，尚未包含之後因果關係的辯證。受訪者代號以A表示，訪問者代號以I表示。

A：第一個，什麼叫「肺炎」？

I：嗯嗯。

A：對他們可能都連光，你都要從「肺炎」開始解釋。

I：是。

A：然後他為什麼會呼吸衰竭？什麼叫「呼吸衰竭」？然後呼吸衰竭以後，又有哪些處理方法？為什麼要插管？插管管子要怎麼插？

I：是——。

A：對。其實這都是一問題，然後為什麼他要用抗生素這樣子。

I：嗯嗯。

A：對。

I：是。

A：然後抗生素的選擇，好有哪幾種，然後為什麼要用這一種？

I：是。

A：這樣子，然後到時候我們要怎麼評估他可以拔管？拔管的評估條件有哪一些？是根據哪一篇paper給你的答案這樣。

I：是。

A：所以這些都是要解釋的。

受訪者覺得法官或檢察官很難了解醫學因果關係，卻需要作出判決。



「我那時候覺得說，你也不懂，你也不知道那時候生甚麼事情，那結果你要來判這種，那麼專業的……我覺得不管是法官或檢察官，我認為他們也是要有一點了解的人才能來判這種東西啦，像這種不起訴書〔翻不起訴書影印文件〕，裡面有些東西我看起來就是覺得怪怪的啊。」(K6)

#### 四、醫院協助人員

內涵說明：包括1. 醫院無協助人員與組織 2. 醫院協助人員負荷過重或專業不足兩項。

有受訪者在醫療糾紛發生時，醫院無協助人員或組織，無標準的處理流程，而其當時也無法在進入訴訟前，以自己的力量和病家協調成功，最後無奈地進入訴訟。

「我發生事情以及在病人還在住院那幾天，其實就去看病人，然後家屬可能有接觸一幾次，不過感覺起來他們就是不能夠接受，也暗示，感覺說他們就是有想要——應該是會有——想要尋找legal的方式處理。但是呢——當初——就是說，醫院方面好像沒有很積極想要幫我介入，就是找家屬談什麼的。所以，直到——已經有地檢署的公文過來的時候，我才知道他已經開始走法律途徑。所以中間其實沒有什麼機會去，就是說去——找時間跟家屬談，或者是說先——討論一下狀況解釋一下。沒有特別的機。因為當初的醫院，的這個對於這種醫療爭議的案件的處理，沒有一個正式的S.O.P，所以比較沒有辦法說在法律之前有什麼方法介入。……我也請一些比較資深的醫師幫忙，不過基本上都沒有在這個——法律程序前就先開始啟動，而是你法律程序之後啟動，那太慢了。以前就是等於說，有點就是說看病人、家屬想怎樣再說，就是這樣的態度。所以那時候並沒有提早說，比如說先跟他們約時間開一個協調會，或是說解釋病情討論會這樣子。就我私下跟病人、跟他解釋這樣而已，沒有第三方或是醫院高層出來。」(K15)

有的醫院協助人員是受指派兼任，沒有專任人員，受訪者覺得應該要有專任的協助人員。



「……負責任的這種處理糾紛的醫師……我起來是怎麼樣之後——（覺得他）很倒楣啦，就是可能被、被assign這個工作，就是你出來辦。你也沒空，為什麼你要去做這件事情？幫忙處理這些行政的，那行政——沒有好的credit。醫院就——大家可以分——工合作，而這個分工絕對不是，輪流當兵。現在的情況之下是輪流當兵，可是他，輪流當兵是不對的，他應該是，嗯專職的人。……應該要做的啦，你要讓醫生在這邊，放心地做你的——治療工作，醫院應該要，要付點銀子，去做這件事情，也就是為什麼會我剛剛一開口就是說是醫院要負責。因為我們醫院管不到衛生處、我們管不了總統府，喔那些——奇怪的事情我們都管不了，這社會我們也管不了，我們只能管自己。就是醫院應該要，投資一筆——錢——去，找人做這件事情，那這樣，讓你的——員工——工作——沒有在，恐懼之中——很多人都工作在恐懼之中，我們也一直工作在恐懼之中，要避免這樣子，醫院應該讓，所有的員工覺得，有人在——背後……」(K16)

有受訪者感受到，醫院派出的協助人員，似乎手上案子很多，想趕快結案，不論是由於負荷過重或專業能力不足，在實質處理醫療糾紛上沒有太大幫助。

「那個協助人員當然我覺得他好像是——搞不好也是案子太多啦，他看一眼：『喔你這個活得好端端的。』他其實就覺得啊大概也不是這個人會提告吧，所以他就很想把它結案——這樣。所以他的措詞啦他的用語他去談，你會覺得他好像只是——他自己不要介入太多這樣就好，然後管——管你醫生跟病家牽扯什麼……那個算是很糟的狀況。也就是你被他弄到啊，你感覺就是，『你這個醫師...』，他感覺是站在院方就是說，『你這個醫師大概，反正就是也弄不好嘛。』可是實際上協助人員很少這種型的啦……他就是感覺就是在算錢啊——算一些——時間啊，反正他就是做好他的評估就走了，寫好報告就走了那種人啊。」(K5)

## 五、媒體

內涵說明：病家透過媒體發言，造成對醫師名譽與醫病關係之損害。



有醫師遇到病家以報紙、網路社群網站之方式，指控醫師疏失，影響其名譽與醫病關係。

「……而且他這樣一告，這個——為什麼我覺得很干擾就是——他去媒體一弄以後，其他病人也會起而效尤啊。因為這個，或許在他還沒告訴前，他可能剛上媒體，就過世完不久的時候，就有跟他那時候有overlap的住院ICU另外一床，隔壁床的病人就也跑來投訴，他也寄存證信函。那我也第一次接到存證信函，寫說，這個這個醫院出面跟我說明死亡的原因。然後他來，他就有投訴到醫院，然後我們跟他解釋，他就沒有再走後面的流程。……出來在談的時候他就擺明講：『你們那個病房另外那個，那個家屬，就姓O，那個O都有在講，講說你們ICU就有問題，你們那個醫師就有問題啊！所以我是覺得，我直覺的認為，我爸爸在你們這邊過世，一定是有something wrong！你們一定搞什麼！你們要說明清楚。』後來我們就跟他講，病房怎麼治療ICU怎麼治療，就病情就是這樣，所以我們也沒亂搞，後來就OK。所以事實上他這樣子弄了以後，真的是影響到C醫院的名聲，或是我個人的名聲，或是醫學系的。

……的確是妨害到我的名譽，因為他就——讓其他病人認為我是不行的。」

(K1)

## 第五節 訪談研究編碼(四)：金錢賠償造成之壓力

內涵說明：同字面上意義。

「我在辦公室的時候就收到一個公文，就問我要賠多少錢，那我想賠多少錢，就沒有經驗嘛，我就打給學長，那學長說——這麼多年前，我剛回來大概十幾年前——他就說，嗯，這個因為八十歲以上嘛，所以其實——七、八百萬就可以了，那年（語調提高）——那年，那我就想七、八百萬，這對我們young V，可能是VI……那我就在辦公室哭，因為我不知道七、八百萬怎麼辦……」(K14)

「在沒起訴前當然希望可以和解，不要走法律。但是我剛剛講過金額太大不可能，那起訴之後，大概就沒什麼好講了，就是找律師，找律師然後就是研究怎麼打官司。那當然我們還是有經歷一些討論可以和解，因為當時的想法——如果我們跟家屬談完和解，也許法官就比較不會這個——怎麼講——就是說——比較不會刁難你了，可能就給你無罪啊，就讓你和解掉去了，但是金額差距太大不能和解。那法院一審最後是無罪，可是對方又上訴了。」(K15)

## 第五章 國內醫師面對醫療糾紛的困境：討論



### 第一節 醫療糾紛之真相調查與歸責

本節就 1. 還原當時事發經過 2. 釐清責任歸屬，此兩困境核心項目進行討論。

#### 一、事發當時


林東龍等(2004)之研究，對國內病家在醫療糾紛發生時，真相調查之困難有以下幾點描述：1. 醫療傷害事證如病歷資料保全不完整，取得時疑似已遭到竄改、2. 請求醫療傷害人證如醫療相關專業人員作證常常遭到拒絕、3. 質疑醫審會醫療鑑定屬獨占事業，不夠公開透明，是否有醫醫相護之情形、4. 聘請之律師不具醫療專業，無法協助蒐集有利事證；若欲聘請具醫療背景律師，費用昂貴等，其描述病家「在醫療糾紛過程中經常感到不平與不滿，卻又對於現狀無能為力。」。

然而，對比本研究結果可知，當醫療糾紛發生時，「當事醫師」對於要還原事發經過，找出真相，與病家同樣感到困難。發生困難的原因，本研究受訪者有提及的包括接觸病人眾多、時間已相隔久遠；病人病情複雜、經過太多醫療程序與專業人員；或是一時之間情緒衝擊、思緒混亂等三項因素。惜乎研究者於訪談中偵測到此一困難點後，未深入追問到更多緣由，此點有待未來研究釐清。

當最原始的事發經過難以完整還原，究責的動作也很難順利進行。然而，有些事發經過可以釐清的，卻也在欲歸責時遇到困難。

#### (二) 釐清責任歸屬

本研究結果發現，部分醫師視責任的釐清為一大困境。從受訪者敘述，可得知其一原因是，當事醫師對自己當時醫療判斷是否正確，難以拿捏評估標準。國內文獻也發現，法院在審理醫療糾紛司法訴訟中，幾乎都須仰賴第三方醫療專家進行



醫療鑑定、或提出醫學文獻見解，以作為過失之認定參考，例如一項研究民國89年至98年底，台北、板橋、士林三個地方法院之醫療糾紛民事判決結果，發現247件案例之判決理由記載中，僅有1件無引用醫療專家鑑定意見或醫學文獻協助判決(方莉莉, 2009)。又，一項針對民事訴訟裁判之研究結果發現，有80.6%之判決內容述及鑑定意見，且法院認定結果與鑑定結果一致之比例，高達95.3% (沈冠伶、莊錦秀, 2012)。一件醫療訴訟，無論被告、原告或法官，皆對責任之釐清感到困難，原因或許可以國內學者陳聰富(2014)在其所著之《醫療責任的形成與展開》一書中作為代表，「病患在醫療行為後死亡或傷殘，涉及精密之醫學知識、不可知的風險評估、醫院之設備器材、醫師之知識背景與技術及病人本身體質的特殊性，認定醫療事故之責任歸屬並非易事」。

參考過去研究「醫療錯誤」發生原因的文獻，多指出其常是複雜的人為與系統原因交互影響造成，例如經驗不足的人員、沒有尋求指導者建議的人員、疲憊的人員、同時須處理許多其他事而無足夠時間回應病情的人員、交班不完善的系統、無電腦自動化的系統、設備故障或不足、醫院管理政策不良、人際溝通不良等成(Leape, 1997; McNutt et al., 2002; Wu, Folkman, McPhee, & Lo, 2003)。為完整偵測醫療錯誤發生原因，國際間參考核電工業、飛安單位發展數種系統偵錯系統，例如Root Cause Analysis分析法，應用在醫學上，經由1. 資料蒐集 2.繪製所有可能成因流程圖 3. 地毯式辨認根本原因 4. 產生與實施改善計畫等四個步驟(張必正, 2003)，從硬體設備、操作人員、程序、行政管理等各方面著手，強調以組織角度檢討事件發生的原因，以避免未來類似事件再度發生，或許是能確認醫療糾紛責任歸屬的方法之一，然而其缺點為須耗費組織人力與財務資源甚鉅，實施效益尚未有實證研究支持(Rooney & Heuvel, 2004; Wu, Lipshutz, & Pronovost, 2008)。

綜前所述，研究者推測，還原事發經過與責任歸屬困難其中一個原因是，部分醫療傷害事件之發生原因牽涉層面廣泛，個人無論是病家或當事醫師，皆難以一己之力調查之。然而此推測，尚待未來研究澄清。在醫療傷害可能是多原因共同造就的狀況下，無論病家或醫師都難以獨立澄清責任歸屬，若訴訟時須由某方獨負舉證之責任，實屬不易。



## 第二節 醫師與加害人

本節就「第一次面臨刑法審判與究責之心理衝擊」、「行醫信念受到挑戰」此兩核心困境項目作討論。

### 一、醫師與加害人

「『啊？我是罪犯？』心裡會有這種，會有這種想法啊。」(K13)

在我國，病家若欲以司法途徑處理醫療糾紛，多採取刑事訴訟或刑民雙訴的方式進行，以2005年統計資料為例，有82.2%之醫療糾紛訴訟有進行刑事提告(陳忠五, 2004)。在刑事訴訟罪名方面，病家多視其遭遇醫療事故結果，援引刑法第276條「從事業務之人，因業務上之過失犯前項之罪者，處五年以下有期徒刑或拘役，得併科三千元以下罰金。」、或刑法第284條「從事業務之人，因業務上之過失傷害人者，處一年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金，致重傷者，處三年以下有期徒刑、拘役或二千元以下罰金。」，提起業務過失致死或業務過失致傷害之公訴或自訴(劉邦揚, 2009)。

本研究發現，對醫師來說，「第一次面臨刑法審判與究責」對其心理上之衝擊，主要是對未來可能面臨牢獄刑期之害怕、混和著自我認為是良民，卻要成為刑事案件疑犯、出庭接受問訊——與原本自我認同形象差距過大——之衝擊。其在心理上很難接受自己由助人者成為加害者、有可能要因此坐牢之情形。與民法訴訟相較，醫師除了同樣對審判結果，例如可能須入獄服刑或負擔金錢賠償，感到焦慮，刑法訴訟帶來的獨特「罪犯」概念，及相關的自我形象受損，是本研究發現之有趣的現象，造成如此結果之原因與影響，尚待未來研究澄清。

### 二、失去熱情的醫師

「如果說這個社會不想要去為了這0.1%而去改變的話，那我這99.9%我也不想要去幫忙，我覺得這個是一個互相。」(K12)



本研究訪談過程發現，幾乎每位受訪者在面臨醫療糾紛之後，都有醫療行為上的改變，如同過去文獻曾提及之增加病歷紀錄之完整性、避免做當初醫療糾紛時所做的醫療處置、多做檢查、在診療過程中對病人多做解釋等(李佳穎, 2013; 盧昭文, 1999)，然而前述行為改變對本研究受訪醫師來說並不算困難的事。本研究結果發現，對有些受訪者來說，醫療糾紛之發生對其過去行醫信念產生挑戰，影響其在後續思辨過程中，做出改變執業方向、離開原本喜愛的工作的決定——對他們而言，這才被歸為一個困難的經驗（雖然現在都滿安於新環境、也願意在受訪時侃侃而談）。過去文獻曾針對醫師之面對醫療糾紛後職涯影響有描述，如醫療糾紛影響醫師選科時避免醫療糾紛風險較高的科別(盧昭文, 1999)；醫療糾紛後醫師轉換原本執業科別、降低執業熱忱、想過辭職不幹(李佳穎, 2013)；本研究經由訪談發現，在有這些行為的受訪者背後，有「行醫信念受到挑戰」的共同情況。

過去曾有研究指出「行醫信念」對發生醫療錯誤之醫師情緒反應之影響，如一篇1992年發表，訪問11位曾犯過「醫療錯誤」的醫師之研究發現，有四種行醫信念可能會影響到醫師在醫療錯誤發生後的情緒反應程度，其一為自認「醫學可控制生理反應與疾病」之程度—若醫師之行醫信念是「醫學絕對可控制疾病進展，若無法達到目標是個人努力不夠」，那麼可能產生較其他同儕更深的痛苦與自責之情緒；其二為認為「執業生涯中發生醫療錯誤之可能性」—認為「執業生涯中因為無法避免會變的忙碌，病人越來越多，可做決定的時間變少，雖然經驗也累積較多，但醫療錯誤之發生很難避免」的醫師，真正發生問題的時候，情緒的衝擊較小；其三為認為「醫療錯誤之發生會引來同事嘲笑與上級指責」之程度，受訪者中有多位因此信念，對醫療錯誤抱持三緘其口之態度，甚至連配偶都未曾吐露；其四為「將行醫失敗視為個人人生失敗」之程度，有受訪者因犯下醫療錯誤，連帶懷疑自己其他方面都是不足的，承受巨大負面情緒影響(Christensen, Levinson, & Dunn, 1992)。



然而「行醫信念」對醫療糾紛醫師「職涯轉換」之影響，在文獻中較少述及。是否所有「行醫信念受到挑戰」之醫師都會有相同行為結果？影響醫師在醫療糾紛後做出執業變動決定是否還有其他因子？「行醫信念受到挑戰」與醫師成為醫療糾紛後「第二受害者」之關聯性如何？尚待未來研究澄清。



### 第三節 一般人也可能會遇到的司法困境

本節就 1. 不懂法律邏輯、訴訟程序、2. 需配合法院隨傳隨到、3. 冗長之審判期、4. 刑事濫訴現象、5. 金錢賠償造成之壓力 6. 疑似有鼓勵病人提告之捐客或律師 7. 法官或檢察官之庭上斥責 8. 法律專業人士難了解醫療專業內容，等八項研究結果作討論。

前列八項困境內涵，一般人也可能在司法訴訟中遭遇到。以個人角度而言，一般人可能也不懂法律邏輯、不知訴訟程序，因而一旦成為被告，產生極大焦慮不安。以何種方式減少因不懂法律邏輯與訴訟程序帶來之負面影響較有效，例如委託專業人士協助、增強自身法律基本常識，尚待進一步研究探索。若遇到法官或檢察官之庭上斥責，一般人也可能會產生壓力，然而醫師之壓力反應是否比一般人高，可能需再經研究可知。另民事訴訟中的金錢賠償請求也會對之造成壓力，在此部分醫師所面臨的困境與一般被告無甚差異，若要進一步細究賠償金額之合理性、是否應由當事醫師獨力負擔，仍可待更多研究探討。

以司法制度層面而言，一般人也可能遭遇刑事濫訴之苦(林達, 2017; 郭書琴, 2014); 在刑法提審時，也須配合法院隨傳隨到；審判期之長短也須視法院程序而定。若依據民國105年司法統計年報公布之各級法院「刑事案件平均結案日數」計算，可發現地方法院審理期間平均約需71.7日(中華民國司法院網頁公開資料, 2017)，和劉邦揚 (2009)之研究發現從醫療傷害事件發生到結案，約需3.16年(1153.4日)相較，似乎醫療糾紛刑事訴訟案件較費時。但此一結果可能受計算起日不同、刑事案件類別不同影響，尚待實證研究釐清。未來可考慮針對醫療糾紛相關的刑事或民事案件審理時間作實證研究，並了解影響審理時間長短之因

子，以進一步評估醫療糾紛相關訴訟之審判期之合理性及其影響。在疑似有鼓勵病人提告之捐客或律師部分，一般案件也可能遇到，但在國內醫療糾紛案件之發生率與一般案件之比例如何，尚待未來研究澄清。大體來說，若司法制度方面，能積極針對濫訴、為非正義之理由鼓勵提告之捐客或律師，及法庭審理效率作改善，相信可促進社會正義之運作。


最後，法律專業人士難了解醫療專業內容，推及到一般業務過失狀況，也可能發生，例如飛機失事，若無事發當時客觀證據調查與鑑定，法律專業人士可能也很難了解飛機操作過程之專業應注意義務，及駕駛是否有人為業務過失；然而醫療專業與其他專業發生之事故相較，對法律專業人士來說，對比性如何？是否有其特殊性？其影響為何？值得更多法學研究探討之。

#### 第四節 病家、同行、媒體、醫院與醫師

本節就1. 被原本關係良好的病家指責拿其當實驗品 2. 無法幫助病家 3. 同儕在病家面前指責 4. 同事間推諉責任 5. 提供第二意見之醫師不同意原醫師看法 6. 主治醫師責任制 7. 走入訴訟後被建議不再接觸病家，因此無法了解對方想法 8. 醫院無協助人員與組織 9. 醫院協助人員負荷過重或專業不足 10. 病家透過媒體發言，造成對醫師名譽與醫病關係之損害 11. 人身安全威脅 12. 告訴方可能有人格特質疾患，等十二項研究結果作討論。

前述項目，除第六、八、九項偏向醫院制度方面問題，其餘9項皆屬人與人或人與社會之間互動或溝通相關的困境，占了此次研究24項困境編碼中超過三分之一，比重不輕，卻較少在醫界或法界探討醫療糾紛之相關文獻中描述，可能也因此無法受到重視。以下參考有關文獻做討論，也期待未來研究可針對各項目做進一步探究與了解。

在與病家的溝通互動方面，本研究結果中，醫療傷害發生後，其由原本對醫師良好的態度，轉變為指責拿其當實驗品，令醫師覺得很受挫。病家會有此行為表

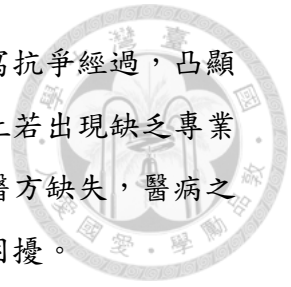


現，或許可由張笠雲(1998)所著《醫療與社會》，描述台灣地區醫病關係的特色，《隨時準備翻臉的尊敬》小節中可推敲其原因，書中由前節描述台灣病人對醫師常有「託付式的順從」談起，由於對醫療專業知識的匱乏，病家無力對醫師或醫囑進行批判或協商，採取的想法是「病人的病好最重要」，只要醫療結果令人滿意，對醫師或醫療行為過程中造成的不便或不滿，就先能忍則忍。這樣表面上和諧的醫病關係—缺乏互相理解與良好的溝通為基礎—在本質上常常是非理性、粗糙和不穩定的，病家可能在過程中表現出很尊敬醫師之行為，但若醫療結果不如預期，尊敬之意隨即發生改變。醫病關係破裂後，若無法重建溝通管道，如本研究中，多名受訪者皆在病家提起訴訟後被建議盡量不接觸病家—以免所說話語不慎「節外生枝」—就容易造成後續困境出現，例如覺得無法知道病家訴求為何、覺得病家情緒反應已達需他人專業協助程度，卻不知如何啟口幫助等。如何避免醫病關係破裂，或在醫病關係破裂後，重建有效之溝通管道，或許是協助處理醫師醫療糾紛困境之其一方向。

在病家令醫師感受到人身安全威脅部分，國內陳榮基等(1993)於民國80年所做的問卷調查顯示，有醫療糾紛經驗的醫師中，有56.3%曾遇過病家採取恐嚇或勒索等自力救濟行為，此次受訪者皆視此項行為為困境。如何避免或預防病家採取自力救濟之行為呢？國內一篇民國97年發表的研究，採個案研究法，探討一名個案在醫療糾紛後採取自力救濟背後原因，發現其成因是複雜多元的，包括1. 個案家屬與醫師缺乏互動 2. 個案家屬不瞭解手術可能之風險 3. 在醫療傷害事件發生後院方無法立即取得家屬之信任 4. 家屬本身的經濟能力不足，無法採用法律訴訟 5. 家屬背負家族壓力等，提出醫方可以採取的方法包括強化醫病的互動、以開誠布公之態度提供家屬及時且透明之資訊等(游宗憲, 2008)，從醫師與病家、醫院與病家間之互動與溝通著手，避免可能發生之自力救濟行為。

在「病家透過媒體發言，造成對醫師名譽與醫病關係之損害」之方面，邱玉蟬(2007)在其「醫病形象的媒體建構」一文指出，「除了親自經驗與人際管道外，新聞媒體是一般民眾感受醫病關係，以及整體醫療環境與品質的重要來源。」其以文本分析的方式，研究民國90年至93年間5家報紙所刊載，一百零二篇醫療糾

紛抬棺抗議之新聞，分析結果發現，報導之文字內容常詳細描寫抗爭經過，凸顯雙方衝突與病家悲情，卻鮮少指出醫療糾紛爭議的核心。媒體上若出現缺乏專業與平衡之醫療糾紛報導，或有心人士透過媒體「爆料」或指責醫方缺失，醫病之關係與醫師之名譽損害就可能發生，對醫療糾紛中的醫師造成困擾。



## 第五節 教育是否能改善困境?

綜合前述，可發現醫師在面對醫療糾紛時，會面對多元化的困境，而醫學教育是否能幫助某幾項困境之預防或解決呢？在本論文文獻回顧第四節所提出的醫學教育新興課程，大部分都可獲得良好之課程滿意度。美國奧勒岡州醫學會曾針對1903位上過醫療糾紛「風險管控」系列課程之醫師會員，比較其上課前後，涉及醫療訴訟、被判決須賠償之次數變化，發現麻醉科與婦產科受益最大，最多可使涉訟機率由18.8%降到9.1%，賠償機率由14.6%減低到5% (Frisch, Charles, Gibbons, & Hedeker, 1995)。從課程滿意度與上課後被告機率之下降，似乎可以看到教育有其成效。然而若要知道更明確的答案，例如何種困境、以何種教育內容或方式，可實際收到成效？尚待未來更多實證研究證實。

若先不論教育是否能有效改善醫師面對醫療糾紛的困境，「醫療糾紛相關教育」在醫師接受醫學教育過程中，供給與需求是否有平衡？美國醫學會(American Medical Association)繼續教育組(Division of Graduate Medical Education)於1997年針對7500多個住院醫師與研究醫師訓練計畫負責人所做的年度問卷調查，發現83%的住院醫師訓練計畫負責人、和61%的研究醫師訓練計畫負責人，認為訓練計畫中必須加入「醫病溝通」、「風險管理」等醫療糾紛相關課程，然而當年度實際上有施行「醫病溝通」必修訓練之計畫不到一半，僅有43.2% (Lefevre, Waters, & Budetti, 2000)，顯示出「醫療糾紛相關教育」在當時的美國住院醫師訓練計畫中，開課數無法滿足需求。

## 第六節 研究限制



訪問收案16位裡有6位經由某醫院之醫糾專責單位引薦，所以在這些單位的掌握之外的醫師，被納入研究邀請的機會較少。

願意受訪之醫師多屬自認無過失、對教育有熱情、願意利他分享自身經驗、協助學生完成研究者，同時未有執業層級在基層診所之醫師受訪，可能無法推及所有醫師之想法，例如醫療上過失成分比重較大之醫療糾紛、在診所的醫師之想法。

部分訪問之進行受到地點影響、受訪者時間限制等不可抗力因素影響，訪問獲得之資訊量相較於其他訪問為少，受訪者可能無法在當次訪問中透露所有重要想法。

## 第六章 國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求：

### 研究結果與討論



#### 第一節 研究樣本特性

為達研究目的二，研究者採用混合研究方式，以質性與量性資料互補不足、增進對主題了解之全面性。其中，質性訪談資料之研究樣本特性、受訪人編碼如第四章第一節所述；量性問卷調查之研究樣本特性則如下所描述。

本研究之問卷調查收案時間為民國106年3月30日起至民國106年6月30日止，共發出442份問卷，回收277份問卷，其中刪去停業醫師1位、牙醫師1位、醫學生2位等不符收案條件之問卷，得有效問卷273份，有效問卷回收率為61.8%。

##### 一、問卷填答者之基本資料

問卷填答者之部分基本資料如下：

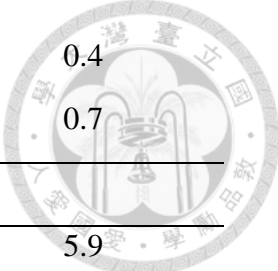
1. 年齡：平均為41歲，最年輕為26歲，最年長者為78歲。
2. 執業地區：所占百分比以北部為最多，占67.4%；中部、南部、東部地區及離島分占15.4%、14.7%、1.9%。
3. 執業院所層級：所占百分比以醫學中心為最多，占69.5%；區域或地區醫院占18.4%，基層院所占12.1%。
4. 職稱：以主治醫師為最多，占75.5%；總醫師或研究醫師、住院醫師、畢業後不分科住院醫師(PGY)分占7.3%、11.0%、5.9%。
5. 性別：男性占81.2%，女性為18.8%。
6. 科別(%)：內科40.4%，一般外科9.4%，婦兒10.9%，急4.9%，家醫與基層一般科12.4%，其他外科相關9.0%，PGY 6%。
7. 醫糾糾紛經驗：有經驗者占46.3%，無經驗者占56.7%。
8. 被病家提告經驗：有經驗者占19.6%，無經驗者占80.4%。



其他詳細資訊如下表。

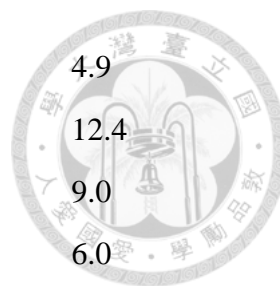
表八：問卷填答者之基本資料

項目	人數	比例 (%)
年齡 (年)		
21-30	38	14.2
31-40	107	40.1
41-50	65	24.3
51-60	46	17.2
61-70	7	2.6
71-80	4	1.5
性別		
男	216	81.2
女	50	18.8
執業地區		
北區	184	67.9
中區	42	15.5
南區	40	14.8
東區	4	1.5
離島	1	0.4
教育程度		
大學	191	70.5
碩士	37	13.7
博士以上	43	15.9
婚姻狀態		
未婚	67	24.7
已婚	197	72.7
離婚	3	1.1
分居	1	0.4



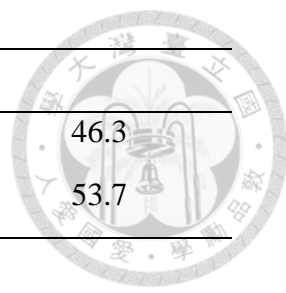
喪偶 (寡居)	1	0.4
同居	2	0.7
<hr/>		
目前的職稱		
<hr/>		
不分科住院醫師	16	5.9
住院醫師	30	11.0
總醫師	20	7.4
主治醫師	206	75.7
<hr/>		
畢業學校		
<hr/>		
台大	87	32.8
慈濟	8	3.0
長庚	15	5.7
中國	22	8.3
高醫	30	11.3
陽明	14	5.3
輔仁	1	0.4
成功	14	5.3
中山	16	6.0
北醫	24	9.1
國防	32	12.1
其他	2	0.8
<hr/>		
醫療院所		
<hr/>		
醫學中心	189	69.5
區域與地區醫院	50	18.4
基層診所	33	12.1
<hr/>		
專科		
<hr/>		
內科	108	40.4
一般外科	25	9.4
婦兒	29	10.9





急診	13	4.9
家醫與基層診所	33	12.4
其他外科系	24	9.0
PGY	16	6.0
其他	19	7.1
<hr/>		
工作年資 (年)		
<hr/>		
1-7	83	31.2
8-14	70	26.3
15-21	51	19.2
22-28	38	14.3
29-35	16	6.0
36-42	6	2.3
43-49	0	0
50+	2	0.8
<hr/>		
月收入 (萬)		
<hr/>		
2-4	3	1.1
4-6	3	1.1
6-8	29	11.0
8-10	24	9.1
10-15	32	12.1
15-20	46	17.4
20-30	87	32.8
30-40	33	12.5
40-50	4	1.5
50+	4	1.5
<hr/>		
醫療糾紛經驗 (親友為病患方)		
<hr/>		
有	96	35.2
無	175	64.1
<hr/>		
醫療糾紛經驗 (本人為病患方)		
<hr/>		
有	17	6.2
無	254	93.0
<hr/>		

醫療糾紛經驗 (本人為醫師方)		
有	125	46.3
無	145	53.7
被告經驗		
有	53	19.6
無	217	80.4



## 二、問卷填答者之基本資料討論

本研究受訪者有集中在北部、醫學中心、為主治醫師之趨勢。有醫療糾紛經驗者約占46.3%，與陳榮基等(1993)於民國80年調查醫師過去曾有醫療糾紛經驗44%相近。與文獻回顧所得之2014年底國內執業醫師人口學統計相比，本研究問卷之受訪者平均年齡41歲，略高於當時調查之39歲；女性占18.8%，略高於當年度調查之17.6%。受訪者執業地區雖遍佈台灣各區，但仍偏重於北部；受訪者執業醫療院所雖遍佈醫學中心、區域與地區醫院、基層診所，但分布比例上與2014年現況差距頗大，2014年全國醫師執業人數百分比，醫學中心：區域與地區醫院：基層診所為27.9%：32.9%：39.2%，本研究受訪者執業人數百分比在醫學中心：區域與地區醫院：基層診所分別為69.5%：18.4%：12.1%。造成分布無法類比全國資料，主因受到受訪者招募方式主要為人際網絡聯繫之限制，若人力、物力、行政管道許可，可考慮以隨機抽樣方式針對全國醫師發出問卷，以提升樣本代表性。

## 第二節 研究結果與討論：質、量資料多重檢核

### 一、國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求

#### (一) 研究結果

在問卷詢問「您是否同意，醫師養成教育中，應加入與「醫療糾紛」相關的課程內容？」，有96%填答者填答同意或非常同意，有2位受訪者填答不同意。填寫「其它」的選項有2位，有1位有填寫理由：「同意，但實際上過課覺得許多授課老師的個人主觀意見太偏激。」(詳見表九)

將此題與14項背景資料分別作單變項分析，可發現不同性別、執業所在地、婚姻狀況、教育程度、月收入、職稱、年資、執業科別、執業醫院層級、畢業醫學院校、本身或親友是否有過醫療糾紛經驗、是否曾有被病人提告經驗，對於此題同意程度之比例沒有顯著差異。但年紀則為一個相關因子，不同年紀對此題之同意百分比有所差異，p值為0.024，達顯著意義。

在訪談的部分，大部分受訪者皆表示醫療糾紛課程有其需要。

表九：醫師養成教育加入醫療糾紛相關課程之需求統計

項目	人數	比例 (%)
Q. 您是否同意，醫師養成教育中，應加入與「醫療糾紛」相關的課程內容？		
非常同意	147	54.0
同意	116	42.6
沒什麼同不同意	5	1.8
不同意	2	0.7
非常不同意	0	0
其他	2	0.7

## (二) 結果討論

不分性別、執業所在地、婚姻狀況、教育程度、月收入、職稱、年資、執業科別、執業醫院層級、畢業醫學院校、本身或親友是否有過醫療糾紛經驗、是否曾

有被病人提告經驗，醫師們對醫療糾紛相關教育納入學習課程中，抱持著高度肯定。



年紀雖然在統計上顯著影響對此題的同意比例分布，可能是因為71-80歲組別人數較少，4人中有1人選填不同意，使得「不同意」之分布佔此年齡組別25%；以及41-50歲組別有4人選填「沒有甚麼同意不同意」，佔6%，相較於其他年齡組別在同一選項之選填率為0-0.9%，其明顯較高所致。

綜而言之，國內醫師對醫療糾紛相關教育有其需求。

## 二、授課內容

### (一) 研究結果

在10個列舉之授課主題方面，超過50%以上填答者覺得重要的主題有4項，分別為：

1. 「醫療傷害訴訟」相關法規認識(56.7%)
2. 「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享(73.7%)
3. 「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等(58.9%)
4. 「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示(59.3%)

共有6名填答者選擇「其他」選項，其中4名有填寫其意見，包括「司法人員對醫療糾紛的判決觀點」、「基本醫學。倫理在其他課程已有授課」、「醫療人員就業環境之合理性、正當性」、「醫療法律醫療保險及賠償與否要件」。

進一步調查填答者覺得最為重要的主題，最多人選擇為「醫療糾紛發生案例與處理經驗分享」，所得票數為77票(29.6%)，次之為「醫病溝通」所得票數為55票

(21.2%)。有1位填答者選擇「其他」選項，其填寫意見為：「處理方式、病人安全、風險管理。」

訪談研究中，實際有醫療糾紛經驗的受訪者，對於要上甚麼課程內容，也是意見眾多而分歧，其中有多位提到的，是教導醫師「病情解釋」、「發生醫療糾紛時如何求助」、「訴訟程序常識」：

「我是覺得你要第一個事情要避免，那避免就是你的話術，講話的這些功夫這樣子。我是覺得我們很少在教，我們都是在做中學啦，因為其實沒有人仔細在教這個事情，我們就是做中學，就比如說你講一講，我其實也是嘛，我就是講一講發現有人會質疑我的話語，有家屬說你這樣講怪怪的，我回去想一想『對，我這樣講怪怪的』我應該怎麼講會更好？這樣他才不會有質疑的空間？所以沒有人教過這種東西，我都是從intern一路學上來，即便是學到R3、R4有時候會發現講話講得不够好，很容易會被人家拿到把柄或很容易被人家大肆宣揚，對！那R1你講的東西，有時候他來問你R4、R5他說『噢，前一個醫生，你們那個那個病房的住院醫師他這麼這麼說，為什麼這樣講？好像跟你講得不太一樣？』想說靠，這個學弟不太會解釋，所以這個時候你要幫他圓滑一下，你要說『喔，他其實跟我講的是一樣的，他只是你沒有聽懂。』你要把他搓一下這樣子。對！所以其實我是覺得預防是最重要的，所以我們從來都沒有跟我們講病解要怎麼講解這些東西，沒有人教，也許可能是有人教啦，可是都太、太空泛了，沒有人在實際講這個東西。」(K10)

「請一些法律界的人士，甚至現在很多都是同時有醫法背景的來上一些課程，讓醫師比較知道說萬一遇到的時候他要怎麼樣處理，或是怎樣尋求協助，比較不會慌，比較不會緊張。這是我覺得就是從我的案子到現在那麼多年還在ing中，所以說如果是對其他醫師可以有幫助的話，大概就是，我想就是，尤其是在還沒進法律之前的這個機制。要怎麼樣讓他不要這樣的走到法律途徑，是一個很重要的地方，因為一旦走進法律途徑對兩邊的壓力都非常大，尤其醫師。」(K15)

「我覺得法律上的這些事情應該是要上課，至少法律上，什麼叫刑事？什麼叫民事？刑事該怎麼走？刑事要經過檢察官，民事要、要有律師，要有什麼？法官要怎麼判？這個流程。……至少我從來沒有上過課，什麼通識教育也好，或是到醫學院來，甚至到臨床來，應該——都沒有……我覺得醫師不是說，我一輩子在醫療業，我就不會跟法律完全是不同領域。事實上不是，都是會遇到，所以說瞭解還是有必要。」(K1)

有受訪者覺得溝通很重要，然而不侷限於問卷提到的醫病溝通，與同事之間的溝通也是很重要。

「醫學教育裡面，溝通很重要，真的溝通是很重要，不然就是造成誤解嘛。」(K8)

其他訪談受訪者有提到覺得應該教授的課程內容，而問卷內未提到的，包括：

「病歷寫作」，因其為訴訟時客觀證據之一；「醫療常規」，最基本的醫療技術還是要先打好基礎，不可表現與常規脫節；「師長對保護監督下屬有責、不要攻擊同類的醫學倫理」；

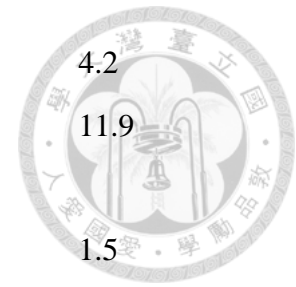
表十：醫療糾紛授課主題偏好統計

項目	人數	比例 (%)
Q.(複選) 您認為，以下「醫療糾紛」相關的課程主題，哪些對減少或處理醫療糾紛是重要的？(可勾選最多五項)		
「醫療糾紛」相關法律政策的國內外學術文獻評讀、現況分析、或法律政策的制定	99	36.7
「醫療傷害訴訟」相關法規認識	153	56.7
「醫療傷害訴訟」裁判文分析與學習	107	39.6
「模擬法庭」：模擬學習「醫療傷害訴訟」法庭之進行程序	75	27.8



「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享	199	73.7
「醫療品質」課程：包括病人安全(patient safety)、醫療風險概念與風險管理(risk management)、團隊合作溝通與領導力等內容	108	40.0
「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等	159	58.9
「告知與同意」之倫理法律意涵及技巧	98	36.3
「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示	160	59.3
「醫學倫理」原則與其應用：例如病人自主原則(autonomy)與預立醫囑(advance directives)、守密原則與傳染病防治之通報等	73	27.0
其他	6	2.2
<hr/>		
Q. 承上題，若您選擇超過一項，請問您認為哪一項主題最重要？(請填編號，以一項為限)		
<hr/>		
「醫療糾紛」相關法律政策的國內外學術文獻評讀、現況分析、或法律政策的制定	12	4.6
「醫療傷害訴訟」相關法規認識	23	8.8
「醫療傷害訴訟」裁判文分析與學習	11	4.2
「模擬法庭」：模擬學習「醫療傷害訴訟」法庭之進行程序	16	6.2
「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享	77	29.6
「醫療品質」課程：包括病人安全(patient safety)、醫療風險概念與風險管理(risk management)、團隊合作溝通與領導力等內容	19	7.3
「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等	55	21.2

「告知與同意」之倫理法律意涵及技巧	11	4.2
「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示	31	11.9
「醫學倫理」原則與其應用：例如病人自主原則 (autonomy)與預立醫囑(advance directives)、守密原則與傳染病防治之通報等	4	1.5
其他	1	0.4



## (二) 結果討論

以單選最重要的醫療糾紛相關教育主題的結果來看，醫師們傾向從實際案例中學習，同時覺得與病人的溝通是醫療糾紛中重要的一環。若將「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示也合併納入醫療溝通課程主題，此將成為醫師覺得最重要的醫療糾紛相關教育主題。

## 三、過去受教經驗

### (一) 研究結果

68.5%之受訪者表示曾接受過醫療糾紛相關之課程。其中最多人接受過的課程主題是「醫病溝通」(40.7%)與「醫療品質」(33.7%)，最少人接受過的課程則是「模擬法庭」(1.5%)，餘7個課程主題被受訪者提及之比例都在10%以上，可謂相當平均。

在想要上的課程方面，最多人選擇「模擬法庭」(24.7%)、「醫療糾紛」(23.2%)、「醫療傷害訴訟」判決文分析(20.7%)與「醫療傷害訴訟」相關法規認識(19.6%)，「醫學倫理」(2.2%)敬陪末座，次低得票率的是「醫療品質」(5.5%)與「醫病溝通」(7%)。





詢問訪談研究受訪者過去上課經驗，少部分表示完全沒有，大多數都有上課經驗，但也認為成效不彰，原因有可能是上課時沒有親身體驗，無法體驗講師所說重點。

「其實沒有，其——我我我我真的沒、沒上過啊。」(K13)

「內科，每年會有一次到兩次的，就法官或檢察官來上的課，但是我覺得都很general的，有時候我覺得沒有親身體驗，很難去sense那個裡面，背後所代表的意思。跟你講說這病歷要寫好啦，這會怎樣，但是有時候就就，沒有發生在自己身上，有時候沒有辦法體會到。」(K1)

表十一：過去醫療糾紛相關課程上課經驗統計

Q. 請問您過去是否曾經上過如前所述的「醫療糾紛」相關課程		
是	183	68.5
否	84	31.5
Q (複選) 承上題，若有，請問您上的是哪些相關課程？		
「醫療糾紛」相關法律政策的國內外學術文獻評讀、現況分析、或法律政策的制定	29	10.7
「醫療傷害訴訟」相關法規認識	54	20.0
「醫療傷害訴訟」裁判文分析與學習	29	10.7
「模擬法庭」：模擬學習「醫療傷害訴訟」法庭之進行程序	4	1.5
「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享	80	29.6
「醫療品質」課程：包括病人安全(patient safety)、醫療風險概念與風險管理(risk management)、團隊合作溝通與領導力等內容	91	33.7



「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等	110	40.7
「告知與同意」之倫理法律意涵及技巧	66	24.4
「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示	40	14.8
「醫學倫理」原則與其應用：例如病人自主原則 (autonomy)與預立醫囑(advance directives)、守密原則與傳染病防治之通報等	85	31.5
其他	12	4.4

Q. 前述「醫療糾紛」相關的課程主題，有沒有哪些是您會想要上，但過去沒上過的課程？

有	193	71.7
沒有	76	28.3

Q.(複選) 承上題，如果有，請問這些課程是？(可複選)

「醫療糾紛」相關法律政策的國內外學術文獻評讀、現況分析、或法律政策的制定	43	15.9
「醫療傷害訴訟」相關法規認識	53	19.6
「醫療傷害訴訟」裁判文分析與學習	56	20.7
「模擬法庭」：模擬學習「醫療傷害訴訟」法庭之進行程序	67	24.7
「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享	63	23.2
「醫療品質」課程：包括病人安全(patient safety)、醫療風險概念與風險管理(risk management)、團隊合作溝通與領導力等內容	15	5.5
「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等	19	7.0
「告知與同意」之倫理法律意涵及技巧	22	8.1

「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示	53	19.4
「醫學倫理」原則與其應用：例如病人自主原則 (autonomy)與預立醫囑(advance directives)、守密原則與傳染病防治之通報等	6	2.2
其他	5	1.8



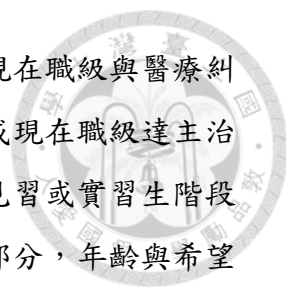
## (二) 結果討論

最多人接受過「醫病溝通」與「醫療品質」反映現今必修課之內容（包含此二主題）。「模擬法庭」似為受訪者最感興趣之內容；「醫學倫理」則是最少人想要上的內容，即便也僅有31.5%的受訪者表示有上過相關課程。本題之可能干擾因子有二：1. 題目對課程的敘述採用複雜的中文詞句，作答者可能在未完全理解內容的狀況下，僅就關鍵字選答；2. 第二部分的問句「您會想要上，但過去沒上過的課程」使受訪者限制回答「沒上過的課程」，遺漏受訪者「上過，覺得有幫助」的課程資訊。

### 四、從何時開始教、要花多少時間較好

#### (一) 研究結果

多數（94.5%）之受訪者認為應在住院醫師進行專科訓練以前（即醫學生、見習生、實習生、不分科住院醫師階段）開始接受醫療糾紛相關課程。多數（94.1%）之受訪者認為醫療糾紛相關課程於醫師繼續教育積分之佔比，應在10%以下，即6年內12小時以下。在醫學生時期，課程以學分計，關於醫療糾紛相關課程，最適合的學分數，受訪者的意見較分歧，從1到5學分都有人選，其中以2學分最多（45.2%）。至於住院醫師得相關課程時數，最多人選擇每年3小時（53.7%），且有4.8%之受訪者選擇其他，主要是為了表達時數應該更低。

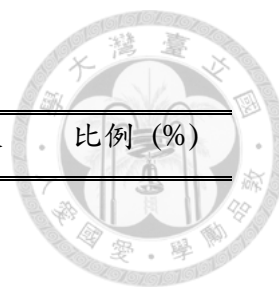


將此題與14項背景資料分別作單變項分析，可發現教育程度、現在職級與醫療糾紛經驗會影響希望開始學習相關課程之階段，教育程度達博士或現在職級達主治醫師之受訪者，傾向選擇比較早的開始學習階段（傾向選擇於見習或實習生階段開始）；希望課程量（有三題）與背景資料之單變項交叉分析部分，年齡與希望繼續教育積分量有交互作用，惟各組間差距在於21-30歲組較多人選擇10%，而41-50%組特別少，這個隨年齡增加而減少的趨勢卻又在51歲以上反轉。教育程度、醫療糾紛經驗與工作場所層級則與希望醫學生學分數有交互作用。教育程度達博士及在醫學中心工作之醫師偏向選擇較少之學分數，有過醫療糾紛經驗之醫師則偏向選擇較多之學分數。工作區域與工作場所層級與希望住院醫師學習時數有交互作用，在台灣北區或南區的醫師、與在醫學中心的醫師，偏向選擇較少的時數（3小時）。

在訪談受訪者意見裡，對應何時開始教授相關課程，意見也是很多元的，有人認為畢業後再學即可，有人覺得通識教育就可以開始進行，都有其論述之理由。

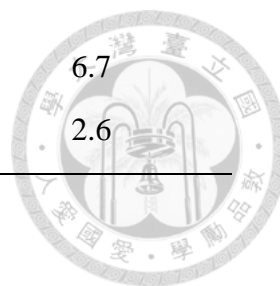
「我覺得在醫學院就可以教了，因為現在都講求人文教育，人文教育裡面應該本來就包括這一個，因為這是算是——也不是現在，這已經很多年了，醫糾的狀況，十幾年以上。如果你有看過那個統計圖是越來越多，所以這個應該本來就要列入醫學的通識教育裡面……也不只醫學系啦，因為所有醫事人員都會遇到，護理系、其他的技術人員應該都會，就應該應該要安排這種通識的課程。」(K15)

「醫學教育來講，有時候佔了醫學生大部分的時間，可能——你排這種課喔——他可能，他還是會去念那種比較，譬如說解剖啊、身體啊還是什麼的，內科學外科學。大概沒有人會認真上啦。對對對，啊但是，如果是已經當住院醫師的話可能又遇過病人的話，可能會想上。」(K3)



表十二：醫療糾紛課程授課時間點與時數敘述性統計

項目	人數	比例 (%)
Q. 如果一定要安排的話，您認為醫學教育中，從哪個階段開始學習「醫療糾紛」相關的課程最為恰當？		
進醫院見習前之醫學生	78	28.7
見習醫學生(clerk)	81	29.8
實習醫師(intern)	59	21.7
畢業後一般醫學訓練不分科住院醫師(PGY)	39	14.3
專科住院醫師(resident)，含研究醫師(fellow)	8	2.9
主治醫師(attending physician)	3	1.1
其他	4	1.5
Q. 您認為與「醫療糾紛」相關的課程內容，應占「醫師繼續教育積分」多少百分比(或積分、時數)最為適當？		
1%(約為積分1.2點、六年內1.2小時)	74	27.4
5%(約為積分6點、六年內6小時)	132	48.9
10%(約為積分12點、六年內12小時)	48	17.8
15%(約為積分18點、六年內18小時)	2	0.7
20%(約為積分24點、六年內24小時)	3	1.1
其他	11	4.1
Q. 如果一定要安排的話，您認為在醫學生時期(含進醫院見習前之醫學生、clerk或intern時)，「醫療糾紛」相關課程應該占必修總學分中多少學分，對醫學生們最有幫助？		
1學分	75	27.8
2學分	122	45.2
3學分	21	7.8
4學分	27	10.0



5學分	18	6.7
其他	7	2.6

Q. 如果一定要安排的話，您認為在住院醫師時期(含PGY、resident或fellow時)，每年約學習幾小時的「醫療糾紛」相關課程，對住院醫師們最有幫助？

每年3小時	145	53.7
每年6小時	80	29.6
每年12小時	25	9.3
每年24小時	3	1.1
每年48小時	4	1.5
其他	13	4.8

表十三：醫療糾紛課程授課時間點與時數推論性統計

Q. 如果一定要安排的話，您認為醫學教育中，從哪個階段開始學習「醫療糾紛」相關的課程最為恰當？

希望開始學習醫療糾紛之職級	P
教育程度	0.034
現在職級	0.017

Q. 您認為與「醫療糾紛」相關的課程內容，應占「醫師繼續教育積分」多少百分比(或積分、時數)最為適當？

希望占積分或時數之多寡	P
年齡	0.007

Q. 如果一定要安排的話，您認為在醫學生時期(含進醫院見習前之醫學生、clerk或intern時)，「醫療糾紛」相關課程應該占必修總學分中多少學分，對醫學生們最有幫助？

希望占必修學分之多寡	P
------------	---



教育程度

0.002

醫療糾紛經驗 (身為醫師方)

0.055

工作場所層級

0.019

Q. 如果一定要安排的話，您認為在住院醫師時期 (含PGY、resident或fellow時)，每年約學習幾小時的「醫療糾紛」相關課程，對住院醫師們最有幫助？

希望每年醫療糾紛課程時數多寡	P
工作區域	0.033
工作場所層級	0.002

## (二) 結果討論

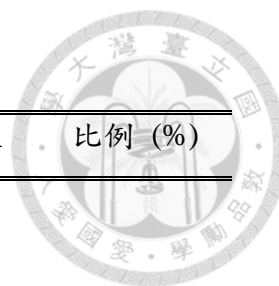
受訪者在系列題目中被要求回答對於醫療糾紛課程開始階段與課程份量之看法。普遍來說，受訪者選擇了選項中較早的階段與較低的時數，凸顯了醫師們對醫糾教育的期待，但又害怕過多硬性規定的課程量造成負擔之心情。交叉分析部分，經歷過醫療糾紛之醫師偏向希望能提供更多的相關課程給晚輩，醫學中心之醫師，則是偏向不要太多的時數，或許和其工作忙碌相關，忙碌程度越高，傾向選擇越少的上課時數。惟這些結果的初步解釋，仍需進一步的研究與論證。

## 五、授課舉辦單位之偏好

### (一) 研究結果

最多受訪者希望醫療糾紛相關課程舉辦在自己所在的醫院 (56.7%)，其次為各專科醫學會 (30.0%)。

各選項與受訪者14項背景資料分別作單變項分析，可發現全部與工作場所層級有交互作用，醫學中心之醫師偏好選擇自己所在的醫院與與科部 (選填比例：醫院66.3%、科部18.7%)；基層診所醫師之選擇則比較多元。



表十四：醫療糾紛課程授課地點敘述性統計

項目	人數	比例 (%)
Q.(可複選) 由以下哪個單位所舉辦的「醫療糾紛」相關課程，您的參與意願最高？		
中華民國醫師公會全國聯合會	15	5.6
各縣市醫師公會	18	6.7
自己所在的醫院	153	56.7
自己所隸屬的科部	41	15.2
各專科醫學會(含台灣醫學會)	81	30.0
其他	4	1.5

表十五：醫療糾紛課程授課地點推論性統計

Q45. 由以下哪個單位所舉辦的「醫療糾紛」相關課程，您的參與意願最高？	
(1) 中華民國醫師公會全國聯合會	P
現在職級	0.035
工作場所層級	0.012
(2) 各縣市醫師公會	P
工作區域	0.000
畢業學校	0.013
工作場所層級	0.000
(3) 自己所在的醫院	P
年齡	0.017
婚姻狀態	0.039
專科	0.012
工作年資	0.017
工作場所層級	0.000
(4) 自己所隸屬的科部	P
現在職級	0.015





個人曾為醫療糾紛之病患方	0.019
月收入	0.004
工作場所層級	0.017
(5) 各專科醫學會 (含台灣醫學會)	P
年齡	0.031
工作區域	0.022
工作場所層級	0.011

(二) 結果討論

受訪者偏好離自己工作場所較近之地點做為上課地點。關於上課地點之誘因，除了遠近以外，其他諸如舉辦單位之學術地位與公信度、有無認可之積分與否，則無從由本題結果推論。

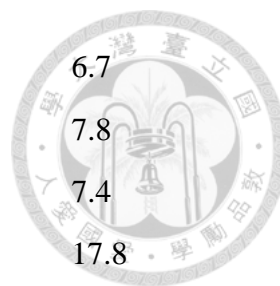
六、未能修課之原因

(一) 研究結果

阻礙受訪者修習醫療糾紛相關課程的主要因素有：訓練過程沒有舉辦受訪者喜好之課程（48.1%）、沒有時間上課（35.6%）、上課地點太遠（17.8%）。與受訪者基本資料交叉分析，可見工作區域（尤以東部、離島）會影響修習課程與否；年輕（21-30歲）的受訪者幾乎不會提到上課地點太遠（填答此選項比例：2.7%）。自身曾有醫療糾紛經驗者有比較高的比例選擇「課程進行方式無法提升學習效率」（填答此選項比例：25.0%，相較於全部受訪者：7.8%）；家人或朋友曾有醫療糾紛經驗者亦有較高選擇此選項之傾向。

表十六：影響醫療糾紛課程參與原因敘述性統計

項目	人數	比例 (%)
Q.(複選) 您未能修習到想要上，但過去沒上過的課程的主要原因是?(可複選)		
訓練或繼續教育過程沒有舉辦這類課程	130	48.1



課程內容無法引起興趣	18	6.7
課程進行方式無法提升學習效率	21	7.8
講者不夠吸引人	20	7.4
上課地點離您太遠	48	17.8
沒有時間去上課	96	35.6
沒有列入醫院評鑑或醫師繼續教育必修積分	26	9.6
其他	1	0.4

表十七：影響醫療糾紛課程參與原因推論性統計

Q. 您未能修習到這些課的主要原因是？(可複選)	
(1) 沒有舉辦這類課程	P
工作區域	0.027
(3) 課程進行方式不好	P
親友曾為醫療糾紛之病患方	0.029
個人曾為醫療糾紛之病患方	0.029
(5) 上課地點太遠	P
年齡	0.048
工作區域	0.000
現在職級	0.016

## (二) 結果討論

本題結果反應出課程本身之客觀條件，例如可近性與受訪者的時間會是最重要的決定因素；另外，課程之主觀條件諸如課程之有效性、學習效率受到了曾受醫療糾紛影響之醫師的重視。吾人可認為此選項所提的課程各面向都是需要顧及的。

## 七、必修或選修

### (一) 研究結果



關於醫療糾紛相關課程是否納入「醫師繼續教育積分」之必修，受訪者意見呈現分歧，非常同意者達20.7%；非常不同意者亦有9.3%；其餘三個選項有都有人選。變異數分析顯示女性受訪者較偏向同意一方。

表十八：醫療糾紛課程選修或必修之偏好敘述性統計

項目	人數	比例 (%)
Q. 目前衛生福利部將「感染管制」、「性別議題」兩大項相關課程列為「醫師繼續教育積分」之必修課。您是否同意，衛生福利部將「醫療糾紛」相關課程也納為「醫師繼續教育積分」之必修課？		
非常同意	56	20.7
同意	107	39.6
沒意見	59	21.9
不同意	22	8.1
非常不同意	25	9.3
其他	1	0.4

表十九：醫療糾紛課程選修或必修之偏好推論性統計

Q. 目前衛生福利部將「感染管制」、「性別議題」兩大項相關課程列為「醫師繼續教育積分」之必修課。您是否同意，衛生福利部將「醫療糾紛」相關課程也納為「醫師繼續教育積分」之必修課？	
同意列為必修課之程度	P
性別	0.039

## (二) 結果討論

必修內容之多寡向來是教育界的重要議題。必修過多可能導致學習內容沒有彈性，學生無法適性發展，然又有人擔心如果某些重要的內容不列入必修或考試，人們天然的惰性就會讓這些課程遭到埋沒。本題的結果似乎偏向列入必修為可行，但是具體的進行方式需要更多的討論。



### 第三節 研究結果與討論：質性資料補充

#### 一、希望授課內容能應用大於理論

「我覺得，要很實際啦，不要再講那種——打高空的東西。讓他們身歷其境，就是說，你現在就是被告，那你，對呀，要怎麼樣處理……實際告訴他就是，當我們面對這些事情，可以要做甚麼處理，啊，去哪裡尋求幫助、你有甚麼資源，比如說醫師可以有甚麼資源、對你可以找誰來幫你、或者是你可以找醫師公會，或者是……如果院方沒有的話，對，比如說開業醫好了，他沒有院方啊，那你要自己去找律師，那律師你要找誰，律師比如說，像這種醫療糾紛，是要找哪一方面的律師，對不對，是刑法民法行政，還是甚麼法。」(K1)

#### 二、教導醫師面對醫療糾紛時的情緒管理

「真真的要遇到遇到問題的時候，就是一平心靜氣地去解決。嗯，因為過程會——蠻繁複、蠻——蠻冗長的，也不是說很困難只是說會有很多往來，嗯。嗯就是一，如果你又是一個一線科比較忙碌的科別的時候，這種一直往來，一直不斷地信件往來這件事說到頭來也是一個蠻大的壓力。……就平心靜氣地把它解決。對，就是平心靜氣比較困難。有那時候有、有一個主治醫師，當下也會動怒、真的是動怒啊……。」(K7)

「就是情緒管理我覺得很重要。」(K8)

#### 三、「一對一臨床實習」可能是有效但不符合成本效益的教課方式

「你在課堂上講畢竟還是很空泛，你沒有實際上去接觸病人，你根本就不知道那個有些家屬那個表情跟語氣，或者是他那個感覺，你其實當下你就覺得糟糕這床有問題喔，這個家屬看起來好像不是善類。有時候有些家屬看起來好像對你很有信心，你是感受得出來的，所以有些東西你不去臨床接觸你不知道。可是我說你

要臨床實習，要一對一這樣帶，我覺得很花人力。那你當然說吃大鍋飯嘛，大家一起上課，教一教就把大家丟出去試試看。當然啦，有總比沒有好嘛，一定有做會更好一點。只是我想你那樣子的情況出事情的機率還是不小」(K10)



#### 四、由「有經驗」的人授課

許多受訪者談到理想授課對象，都強調有實際經驗的人來分享，優點是較具有說服力。受訪者提到的理想授課教師專業背景包括：被告過的醫師、同時具有醫學與法律專長的人士等。

「我覺得有經驗的人來教，有實際經驗的人來講，應該是——聽的人應該是最有感。要不然就會覺得說，『你這個來跟我，紙上談兵這樣子，你們自己也沒有被告過啊，在那邊說的頭頭是道。』有時候比較——像我這樣子出來說就ok啊，你真的是走過，你真的有感受過，那講，我覺得或許聽的人會比較有sense。要不然你就是講一些法條，這個這個我想可能對聽的人就沒什麼，沒什麼。而且有時候，像有些檢察官法官來講，他也不是講他自己真正偵辦過的案子，那那些案子，那些東西，事實上每個案子都有很多細節，最後會寫在判決書裡面，會讓他知道的只是一個大概。但是裡面細節，為什麼要採用這個？為什麼不採用那個？或是什麼要判斷？這中間細節有時候也不是他能夠知道的，所以他只能只是大方向這樣子在講。」(K1)

「被告過的醫生我覺得可以。同時修過醫學法律的人來上我覺得也，當然很好啊。」(K13)

#### 五、「經驗傳授」很重要

受訪者談到，「經驗傳授」很重要，分享如何處理醫療糾紛的經過，很受歡迎，也可能可給予沒經歷過的人未來遇到時的心理支持。但進行方式需有嚴謹的保密措施，否則可能成效不彰，也有受訪者擔心，分享經驗，反而讓學生對其科別產生醫療糾紛多的負面印象，使學生不敢選科。



「把那種經驗就是——分享出來這樣，可以讓以後再遇到那麼衰(笑)，又遇到這種經驗的人，基本上，心理上的創傷不要那麼大。」(K13)

「我有一次在科裡面講過以後，大家也比較了解，或是說大家對這個議題也蠻有興趣的。……像那次在討論會問得很有興趣，所有細節——平常討論case的時候，我看大家也沒什麼在問——欲罷不能，一直問一直問這樣子，所以我覺得大家對這個問題也是有興趣。……我本來曾經有一度也想說在全科或是什麼住院醫師的場合去跟大家講，或是ICU裡面conference。但是我又想想說，這樣講一講會讓住院醫師們覺得，走我們科被告成這樣，那大家就不敢來了。所以後來我覺得好像也不太敢去講。」(K1)

「用mortality and morbidity conference……就是討論。可是如果它只是一個循例的討論，可能就沒有辦法真正落實到它原來的精神，就是找出為什麼發生。那如果大家可能被告，或，呃，因為怕指出某某錯誤的時候，所以就沒有沒有好好地去討論，這個時候可能會學不到東西，因為可能為了保護，就說我們沒有錯。所以呢，我認為如果要讓這個辦得更好，除了除名，所以就不要就不要寫任何文字啊，或不要做PPT啊，就口頭說……嗯，現在因為資訊太發達了，以前可能開這種會議是沒有人會知道，就比較能夠保護醫護人員真心說出各種問題。可是現在，你印了一個講義，或你那或PPT流傳出去了，那家屬可能就會用這個來告，所以很多人可能不太敢說什麼事。我覺得如果真的要寫就是一摺，可能寫就是寫病，然後後來發生什麼，這樣就好，就沒有說那個時間，其他都不要有任何的秀出來，那可能住院醫師，嗯，還有主治醫師、護理人員比較敢說，就是可能我們有什麼疏忽掉的地方等等，對。因為對發生這個事情的人來講，也是個傷害嘛，對，像第一次我說那個護理師就哭得很慘，對，就對他來講也是因為在他的班內發生，而且他之前兩點多看OK，後來居然後來就發生事件，所以我覺得，嗯，如果沒有處理得很好，那個住院醫師、主治醫師或護理人員會受到傷害。」(K14)

#### 第四節 研究限制

問卷之發放受限於研究經費與時間，部分受訪者經紙本說明即填寫問卷，所以填答者對題目理解精確程度可能不如研究者親自發放與說明來的好。

部分題目，尤其是十大課程主題部分，用字稍嫌冗長與文言，考驗填答者的耐心與細心。另有部分題目，同時給予填答者兩到三個條件限制（例如：「未能修習到想要上，但過去沒上過的課程」），使其思緒不能很直觀的表達，亦可能影響統計結果對於填答者真正想法之代表性。

## 第七章 結論與建議



### 第一節 國內醫師面對醫療糾紛的困境

#### 一、結論

本研究以面對面訪談、紮根理論編碼分析之方式，發現台灣醫師面對醫療糾紛之困境可被歸納為四大主題、二十四種核心項目，包括訴訟程序與法律邏輯相關6項：1. 還原當時事發經過 2. 釐清責任歸屬 3. 不懂法律邏輯或訴訟程序 4. 需配合法院隨傳隨到 5. 冗長之審判期 6. 刑事濫訴現象；自我認同危機相關2項：1. 第一次面臨刑法審判與究責之心理衝擊 2. 行醫信念受到挑戰；人際網絡與社會互動相關15項：1. 人身安全威脅 2. 被原本關係良好的病家指責拿其當實驗品 3. 病家可能有人格特質疾患，不知如何與其溝通互動 4. 走入訴訟後被建議不再接觸病家，因此無法了解對方想法 5. 無法幫助病家 6. 同儕在病家面前指責 7. 同事間推諉責任 8. 提供第二意見之醫師不同意原醫師看法 9. 主治醫師責任制 10. 法官或檢察官之庭上斥責 11. 法律專業人士難了解醫療專業內容 12. 疑似有鼓勵病人提告之捐客或律師 13. 醫院無協助人員與組織 14. 醫院協助人員負荷過重或專業不足 15. 病家透過媒體發言，造成對醫師名譽與醫病關係之損害；金錢賠償造成之壓力1項。

#### 二、建議

##### 壹、對個人之建議

1. 正在面對與處理醫療糾紛的醫師，可能正面臨多重困境，若身為其相關病家、同儕、法律相關人員、協助人員或媒體，都可能對其有幫助、或者加重其困難處境，面對此狀況時，應審慎反應。





2. 訴訟程序與法律邏輯之不熟悉，帶給第一次面對醫療糾紛的醫師極大壓力，建議高風險科別之醫師能預先了解國內「醫療糾紛」現況、基本刑事訴訟流程與醫療法律邏輯，以增強一旦需面對訴訟時，心理承受力與應變能力。

#### 貳、對醫院之建議

1. 醫院擁有多重資源，在協助醫師處理醫療糾紛的多重困境上，是很理想的角色，然而資源之整合不易，建議在醫院內應設置專責處理之單位，以團隊的方式協助醫療糾紛之處理。
2. 應注重團隊成員之專業能力適任性或繼續教育訓練，如法律專長、溝通與談判技巧等，並給予合理的工作負荷與報酬，若必要宜設置專任人員，使團隊發揮實質力量。

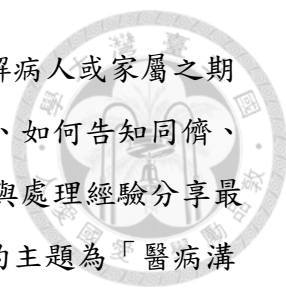
#### 參、對衛生主管機關、政策、制度與法令之建議

1. 依照醫師公會全聯會調查，約有39.2%之醫師執業院所為基層院所，缺乏如前述的醫院多重資源協助醫師處理醫療糾紛，建議考慮成立專任組織或委託現有之組織，提供無醫院支援之醫師求助管道與實質協助。
2. 檢視目前醫療糾紛事件的相關處理機制與法律規範，以期減少無過失之醫師需面臨刑法究責或高額金錢賠償之困境，並研究適當之舉證責任分配。

## 第二節 國內醫師對醫療糾紛相關教育的需求

### 一、結論

本研究以混合研究之方式，發現國內醫師對醫療糾紛相關教育有其需求。其重視的授課主題為「醫療傷害訴訟」相關法規認識(56.7%)、「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享(73.7%)、「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾



聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等(58.9%)、「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示(59.3%)等，其中又以「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享最為重要。有約七成的醫師有上過醫療糾紛相關課程，最常上到的主題為「醫病溝通」、「醫學倫理」、「醫療品質」；在問卷所列的課程中，最少被上到又令醫師最有興趣的課程主題是「模擬法庭」、「醫療傷害訴訟裁判文」、「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享。八成以上醫師認為在醫學系畢業前即應開始接觸醫療糾紛相關課程，占必修課程裡3學分以下即可。若對住院醫師開課，約八成醫師認為每年6小時以下最有幫助。約六成醫師同意醫療糾紛相關課程應納入醫師繼續教育必 積分，若納入，約七成五醫師認為占六年內必修積分5%以下（約每年1小時）最為適當。授課單位部分，醫學中心之醫師偏好在自己醫院上課；基層院所執業之醫師偏好醫師公會所舉辦的課程，約有三成醫師最有意願參與各專科醫學會所辦之課程，影響是否參與課程的考量包括方便性、以及是否有依專科特性的授課內容或醫療糾紛案例分享。未能修習課程的原因最多為「訓練或繼續教育過程沒有舉辦這類課程」，其次為「沒有時間去上課」、「上課地點太遠」。

## 二、建議

### 壹、對醫學教育政策與規劃之建議

1. 若資源有限，授課主題可以醫師認為最重要，包括「醫療傷害訴訟」相關法規認識、「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享、「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等、「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示為主。其中又以「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享最為重要。



2. 若資源充足，可考慮增加「最少被上到又令醫師最有興趣的課程主題」，包括「模擬法庭」、「醫療傷害訴訟裁判文」、「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享。
3. 醫師在醫學系畢業前即應開始接觸醫療糾紛相關課程，占必修課程裡3學分以下即可。若對住院醫師開課，約每年6小時以下最有幫助。
4. 應針對不同執業層級醫師偏好與比例，分別在醫院、醫師公會、各專科醫學會都舉辦課程，以提高醫師之參與意願。若欲提高醫師之課程參與率，應考量授課地點的可近性及配合醫師有空之時間開課。

## 貳、對衛生主管機關之建議


1. 評鑑與繼續教育必修積分的確可能影響開課次數，以本研究為例，「醫病溝通」、「醫學倫理」、「醫療品質」等醫學中心評鑑項目、醫師繼續教育必修積分包含之課程，為目前醫師上過最多的課程。
2. 雖有約六成醫師同意醫療糾紛相關課程應納入醫師繼續教育必修積分，約有四成持無意見或反對意見，納入與否或實施時數，尚待審慎評估。

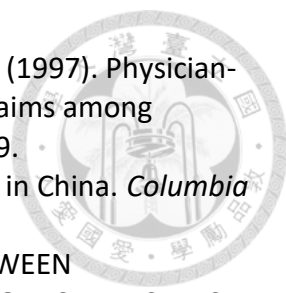
## 參考文獻

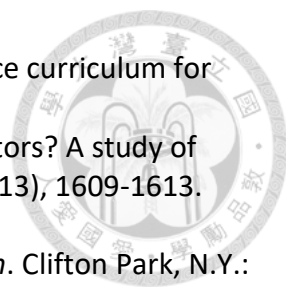


### 英文部分

- Aoki, N., Uda, K., Ohta, S., Kiuchi, T., & Fukui, T. (2008). Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 358-362.
- Bell, S. K., Moorman, D. W., & Delbanco, T. (2010). Improving the patient, family, and clinician experience after harmful events: the "when things go wrong" curriculum. *Academic Medicine*, 85(6), 1010-1017.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., . . . Hiatt, H. H. (1991). Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.  
doi:10.1056/nejm199102073240604
- Brewster, L. P., Risucci, D. A., Joehl, R. J., Littooy, F. N., Temeck, B. K., Blair, P. G., & Sachdeva, A. K. (2005). Management of adverse surgical events: a structured education module for residents. *Am J Surg*, 190(5), 687-690.  
doi:10.1016/j.amjsurg.2005.07.003
- Brown, S. D., Callahan, M. J., Browning, D. M., Lebowitz, R. L., Bell, S. K., Jang, J., & Meyer, E. C. (2014). Radiology trainees' comfort with difficult conversations and attitudes about error disclosure: effect of a communication skills workshop. *J Am Coll Radiol*, 11(8), 781-787. doi:10.1016/j.jacr.2014.01.018
- Cambridge University Press, (2017). dispute. Retrieved from <http://dictionary.cambridge.org/zht/%E8%A9%9E%E5%85%B8/%E8%8B%B1%E8%AA%9E-%E6%BC%A2%E8%AA%9E-%E7%B9%81%E9%AB%94/dispute>
- Chiu, Y. C. (2010). What drives patients to sue doctors? The role of cultural factors in the pursuit of malpractice claims in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 71(4), 702-707. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.040
- Cho, H. S., Lee, S. H., Shon, M. S., Yang, S. H., & Lee, H. R. (1998). Reasons why patients and families choose medical dispute. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 19(3), 274-291.
- Christensen, J. F., Levinson, W., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*, 7(4), 424-431.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, 19(6), 418-427.
- Coughlan, B., Powell, D., & Higgins, M. F. (2017). The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 213, 11-16. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.04.002
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). Designing and conducting mixed methods research.
- Danzon, P. M. (1985). *Medical malpractice : theory, evidence, and public policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). To err is human: building a safer health system (Vol. 6). National Academies Press.

- 
- Drukteinis, D. A., O'Keefe, K., Sanson, T., & Orban, D. (2014). Preparing emergency physicians for malpractice litigation: a joint emergency medicine residency-law school mock trial competition. *J Emerg Med*, 46(1), 95-103.
- Epner, D. E., & Baile, W. F. (2014). Difficult conversations: teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Acad Med*, 89(4), 578-584.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4.
- Fish, R., & Ehrhardt, M. (1992). Review of medical negligence cases: an essential part of residency programs. *J Emerg Med*, 10(4), 501-504.
- Frisch, P. R., Charles, S. C., Gibbons, R. D., & Hedeker, D. (1995). Role of previous claims and specialty on the effectiveness of risk-management education for office-based physicians. *Western Journal of Medicine*, 163(4), 346-350.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*: Sociology Pr.
- Gunderson, A. J., Smith, K. M., Mayer, D. B., McDonald, T., & Centomani, N. (2009). Teaching medical students the art of medical error full disclosure: evaluation of a new curriculum. *Teach Learn Med*, 21(3), 229-232.  
doi:10.1080/10401330903018526
- Hochberg, M. S., Seib, C. D., Berman, R. S., Kalet, A. L., Zabar, S. R., & Pachter, H. L. (2011). Perspective: Malpractice in an Academic Medical Center: A Frequently Overlooked Aspect of Professionalism Education. *Academic Medicine*, 86(3), 365-368. doi:10.1097/ACM.0b013e3182086d72
- Houry, D., & Shockley, L. W. (2001). Evaluation of a Residency Program's Experience with a One-week Emergency Medicine Resident Rotation at a Medical Liability Insurance Company. *Academic Emergency Medicine*, 8(7), 765-767.
- James, S. S. (1994). Risk management in pediatric emergency medicine: a curriculum for fellowship training. *Pediatr Emerg Care*, 10(3), 168-171.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., & Chandra, A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*, 365(7), 629-636.  
doi:10.1056/NEJMsa1012370
- Keller, D. R., Bell, C. L., & Dottl, S. K. (2009). An effective curriculum for teaching third-year medical students about medical errors and disclosure. *Wmj*, 108(1), 27-29.
- Kim, Y. D., & Moon, H. S. (2015). Review of medical dispute cases in the pain management in Korea: a medical malpractice liability insurance database study. *The Korean journal of pain*, 28(4), 254-264.
- Leape, L. L. (1997). A systems analysis approach to medical error. *Journal of evaluation in clinical practice*, 3(3), 213-222.
- Lefevre, F. V., Waters, T. M., & Budetti, P. P. (2000). A Survey of Physician Training Programs in Risk Management and Communication Skills for Malpractice Prevention. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28(3), 258-266.  
doi:doi:10.1111/j.1748-720X.2000.tb00669.x
- Lester, G. W., & Smith, S. G. (1993). Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits? *West J Med*, 158(3), 268-272.

- 
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, *277*(7), 553-559.
- Liebman, B. L. (2013). Malpractice mobs: medical dispute resolution in China. *Columbia Law Review*, 181-264.
- Localio, A. R., Lawthers, A. G., Brennan, et. al (1991). RELATION BETWEEN MALPRACTICE CLAIMS AND ADVERSE EVENTS DUE TO NEGLIGENCE - RESULTS OF THE HARVARD MEDICAL-PRACTICE STUDY-III. *New England Journal of Medicine*, *325*(4), 245-251. doi:10.1056/nejm199107253250405
- McNutt, R., Abrams, R., Hasler, S., Rosen, R., Brill, J., Dimou, C., . . . Levin, S. (2002). Determining medical error. Three case reports. *Eff Clin Pract*, *5*(1), 23-28.
- Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Lorenzo, S., Perez-Perez, P., Silvestre, C., & Ferrus, L. (2017). The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *J Med Internet Res*, *19*(6), e203. doi:10.2196/jmir.7840
- Otte, K. K., Zehe, S. C., Wood, A. J., Hernandez, J. S., & Karon, B. S. (2010). Legal aspects of laboratory medicine and pathology for residents and fellows: a curriculum for pathology training programs. *Arch Pathol Lab Med*, *134*(7), 1029-1032. doi:10.1043/2009-0251-oa.1
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*: SAGE Publications, inc.
- Reading, E. G. (1986). The malpractice stress syndrome. *N J Med*, *83*(5), 289-290.
- Rooney, J. J., & Heuvel, L. N. V. (2004). Root cause analysis for beginners. *Quality progress*, *37*(7), 45-56.
- Sanbar, S. S., & Firestone, M. H. (2007). Medical malpractice stress syndrome. *American College of Legal Medicine, editor. The medical malpractice survival handbook. 1st ed. Philadelphia: Mosby Elsevier*, 9-15.
- Schlicher, N. R., & Ten Eyck, R. P. (2008). Medical malpractice: utilization of layered simulation for resident education. *Acad Emerg Med*, *15*(11), 1175-1180. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00165.x
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, *18*(5), 325-330.
- Seys, D., Wu, A. W., Gerven, E. V., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., . . . Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the health professions*, *36*(2), 135-162.
- Shuanliang, F., Jie, F., Ping, Z., Rongjun, Y., & Zhenyuan, W. (2004). Medical Dispute & Ethics of Autopsy [J]. *Chinese Medical Ethics*, *6*, 009.
- Sloan, F. A., & Chepke, L. M. (2008). *Medical malpractice*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Stroud, L., Wong, B. M., Hollenberg, E., & Levinson, W. (2013). Teaching medical error disclosure to physicians-in-training: a scoping review. *Acad Med*, *88*(6), 884-892. doi:10.1097/ACM.0b013e31828f898f
- Studdert, D. M. L. L. B. S. M. P. H., Mello, M. M. J. D. P., & Brennan, T. A. M. D. J. D. M. P. H. (2004). Medical Malpractice. *N Engl J Med*, *350*(3), 283-292.

- 
- Tsao, C. I. P., & Layde, J. (2009). Three-session psychiatric malpractice curriculum for senior psychiatry residents. *Academic Psychiatry, 33*(2), 160.
- Vincent, C., Phillips, A., & Young, M. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet, 343*(8913), 1609-1613. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)93062-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)93062-7)
- Walston-Dunham, B. (2006). *Medical malpractice : law and litigation*. Clifton Park, N.Y.: Thomson/Delmar Learning.
- Watling, C. J., & Brown, J. B. (2007). Education Research: Communication skills for neurology residents Structured teaching and reflective practice. *Neurology, 69*(22), E20-E26.
- Wong, B. M., Etchells, E. E., Kuper, A., Levinson, W., & Shojania, K. G. (2010). Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. *Acad Med, 85*(9), 1425-1439. doi:10.1097/ACM.0b013e3181e2d0c6
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ: British Medical Journal, 320*(7237), 726.
- Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J., & Lo, B. (2003). Do house officers learn from their mistakes? *Quality and Safety in Health Care, 12*(3), 221-226.
- Wu, A. W., Lipshutz, A. K., & Pronovost, P. J. (2008). Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA, 299*(6), 685-687.
- Zenlea, I. S., Scheff, E., Szeidler, B., Tess, A., Santangelo, J., Sato, L., . . . Focht, G. (2015). Enhancing Patient Safety in Pediatric Primary Care: Implementing a Patient Safety Curriculum. *Clin Pediatr (Phila), 54*(11), 1094-1101. doi:10.1177/0009922815584929

## 中文部分

- 方莉莉(2009)。我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析--以台北、士林、板橋地方法院為例。政治大學碩士學位論文，未出版。民106年6月17日，取自 Airiti AiritiLibrary database。
- 朱俊嘉(2013)。醫療從業人員在醫療爭議調處暨訴訟階段需求探究。高雄醫學大學碩士學位論文，未出版。民106年6月17日，取自 Airiti AiritiLibrary database。
- 吳心楷、辛靜婷(2011)。數位學習研究中質性資料的管理與分析：以 NVivo 軟體的使用為例。載於宋曜廷(主編)，數位學習研究方法。台北市：高等教育出版社。
- 吳俊穎, 賴惠蓁, 陳榮基(2009)。醫療糾紛與醫師特性分析。台灣醫學, 13(2), 115-121. doi:10.6320/fjm.2009.13(2).01
- 宋曜廷、潘佩妤(2010)。混合研究在教育研究的應用。教育科學研究期刊, 55(4), 97-130.
- 李佳穎(2013)。醫師經歷醫療糾紛後之身心與社會調適過程。國立臺灣大學碩士學位論文，未出版。
- 沈冠伶、莊錦秀(2012)。民事醫療訴訟之證明法則與實務運作。政大法學評論(127), 167-266.
- 林山田、林勳發(1988)。台北市立醫院醫療糾紛及其法律問題之研究。台北市政府研考會委託研究計劃，國立政治大學法律研究所。取自 [http://rdnet.taipei.gov.tw/xDCM/TPE\\_user/search\\_result\\_detail\\_research.jsp?dtid=0000000014&DBType=1&xml\\_status=&concount=1&condition0=77.12&ontype0=22\\_PDT&linktype0=1&searchtype=0&pagecount=10&xml\\_id=000007097](http://rdnet.taipei.gov.tw/xDCM/TPE_user/search_result_detail_research.jsp?dtid=0000000014&DBType=1&xml_status=&concount=1&condition0=77.12&ontype0=22_PDT&linktype0=1&searchtype=0&pagecount=10&xml_id=000007097)
- 林東龍(2004)。醫療糾紛之社會控制：社會學的分析。國立中山大學博士學位論文，未出版。民106年6月17日，取自 Airiti AiritiLibrary database。
- 林東龍, 彭武德, 陳武宗(2009)。[告] 與 [不告] 之間-台灣醫療糾紛病患及其家屬之行動分析。長庚人文社會學報, 2(1), 165-199。
- 林達(2017)。2017年3月6日。林達觀點：慘遭濫訴的560位司機血淚能否換來一個司法改革。取自 <http://www.storm.mg/article/230212>
- 邱懷萱(2001)。從醫療糾紛談台灣病患權益。國立陽明大學碩士學位論文，未出版。
- 許慎(約為121)。說文解字。民106年3月2日，取自 <http://www.zdic.net/z/swjz/>
- 張必正(2003)。醫師對於病人安全相關議題的認知，看法與因應行為之研究：以北部醫院醫師為例。國立台灣大學碩士學位論文，未出版。
- 張芬芬(2010)。質性資料分析的五步驟：在抽象階梯上爬升。初等教育學刊(35), 87-120.
- 張耘慈(2010)。台灣地方法院民事醫療糾紛判決之實證研究。國立陽明大學碩士學位論文，未出版。民106年6月17日，取自 Airiti AiritiLibrary database。
- 郭書琴(2014)。進入法庭的金錢門檻——訴訟救助、當事人權保障、與濫訴之防止。台灣法學雜誌, (241), 43-56.
- 陳榮基(1993)。台灣醫療糾紛的現況與處理。台北市：健康世界雜誌社。
- 陳聰富(2014)。醫療責任的形成與展開。臺北市：臺灣大學出版中心。



- 陳忠五(2004)。醫療糾紛的現象與問題。台灣本土法學雜誌, 55:, 1-4.
- 游宗憲(2008)。醫療糾紛病人自力救濟之個案分析。臺灣醫學, 12(3), 292-298.
- 黃鈺嫻(2015)。病人為何要告醫師?訴訟外醫療糾紛解決機制之實証與比較法研究。國立陽明大學博士學位論文, 未出版。
- 黃鈺嫻、楊秀儀(2015)。病人為何要告醫生?以糾紛發動者為中心之法實證研究。台大法學論叢, 44(4), 1845-1885. doi:10.6199/ntulj.2015.44.04.04
- 楊秀儀(2002)。論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則。台灣法學雜誌(39), 121-131.
- 楊秀儀(2015)。醫療糾紛之公共衛生思維。載於王榮德(主編), 公共衛生學上冊第十四章。台北市: 國立臺灣大學出版中心。
- 劉邦揚(2009)。我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究。國立陽明大學碩士學位論文, 未出版。民106年6月17日, 取自 Airiti AiritiLibrary database。
- 劉斐文、邱清華、楊銘欽(1997)。消費者基金會醫療爭議案件之分析研究。中華公共衛生雜誌, 16(1), 77-85. doi:10.6288/cjph1997-16-01-07
- 盧昭文(1999)。醫師遭遇醫療糾紛之經驗與其認知、態度對醫師行為影響之研究--以大台北地區為例。國立台灣大學碩士學位論文, 未出版。民106年6月17日, 取自 Airiti AiritiLibrary database。
- Corbin, J. M., Strauss, A. L (2015)。質性研究的基础: 形成扎根理论的程序与方法(朱光明譯)。重慶市: 重慶大學出版社。
- Donaldson et al(2010)。人會出錯—建立一套更安全的健康照護系統(鄭紹宇等編譯)。臺北市: 臺灣醫療品質協會出版: 合記發行。
- Rothman, E. L.(2004)。白袍: 一位哈佛醫學生的歷練(朱珊慧譯)。台北市: 天下遠見。
- Gawande, A (2003)。一位外科醫師的修煉(廖月娟譯)。台北市: 天下遠見。
- Gibbs, G. R (2010)。質性資料的分析(廖佳綺譯)。臺北縣永和市: 韋伯文化國際。
- Kvale, S(2010)。訪談研究法(陳育含譯)。臺北縣永和市: 韋伯文化國際。
- 中華民國司法院(2017)。105年司法統計年報。民106年7月17日, 取自 <http://www.judicial.gov.tw/juds/>
- 中華民國醫師公會全國聯合會(2016)。2015年度台灣地區執業醫師、醫療機構統計資料。民106年7月17日, 取自 [http://www.tma.tw/tma\\_stats\\_2015/2015\\_stats.pdf](http://www.tma.tw/tma_stats_2015/2015_stats.pdf)
- 中華民國教育部國語推行委員會(2015)。重編國語辭典修訂本, 臺灣學術網路第五版試用版。民106年3月2日, 取自 <http://dict.revised.moe.edu.tw/cbdic/>
- 中華民國衛生福利部醫事司(2017)。受理委託醫事鑑定案件數統計表1050623。民106年6月2日, 取自 <http://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html>
- 中華民國衛生福利部(2017)。醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序。民106年6月2日, 取自 <http://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWDAT01.aspx?lsid=FL048300>
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2016)。醫院評鑑基準及評量項目。民106年6月2日, 取自 <http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=FE5F1FDE-2839-4702-BA2A-A9DE1D3672FB&PID=637D42A4-9D35-407A-B01E-2EB3CAE2F0D7>

## 附錄一：問卷全文



# 「醫療糾紛」相關教育的需求、參與意願與影響因子 初探

### 名詞定義

問卷中所稱之醫療糾紛 (medical malpractice) 係指醫病之間因為病患主觀或客觀認為有受到醫療行為相關傷害，所生之責任歸屬之爭執；包括已提起訴訟或未提起訴訟者皆算，亦非以金錢請求為必要；任何請求均可。

單純因對醫護人員之態度不滿，或對醫療費用收取而有所爭執，非本問卷所稱之醫療糾紛。

Q38. 您是否同意，醫師養成教育中，應加入與「醫療糾紛」相關的課程內容？

- (01) 非常同意
- (02) 同意
- (03) 沒什麼同不同意
- (04) 不同意
- (05) 非常不同意
- (06) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

Q39. 如果一定要安排的話，您認為醫學教育中，從哪個階段開始學習「醫療糾紛」相關的課程最為恰當？

- (01) 進醫院見習前之醫學生
- (02) 見習醫學生(clerk)
- (03) 實習醫師(intern)
- (04) 畢業後一般醫學訓練不分科住院醫師(PGY)
- (05) 專科住院醫師(resident)，含研究醫師(fellow)
- (06) 主治醫師(attending physician)
- (07) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

Q40. 您認為，以下「醫療糾紛」相關的課程主題，哪些對減少或處理醫療糾紛是重要的？(可勾選最多五項)

- (01) 「醫療糾紛」相關法律政策的國內外學術文獻評讀、現況分析、或法律政策的制定
- (02) 「醫療傷害訴訟」相關法規認識



- (03) 「醫療傷害訴訟」裁判文分析與學習
- (04) 「模擬法庭」：模擬學習「醫療傷害訴訟」法庭之進程序
- (05) 「醫療糾紛」發生案例與處理經驗分享
- (06) 「醫療品質」課程：包括病人安全(patient safety)、醫療風險概念與風險管理(risk management)、團隊合作溝通與領導力等內容
- (07) 「醫病溝通」：支持病人與家屬之相關溝通技巧，如傾聽、表達同理心、給予病人或家屬情緒支持、告知壞消息、了解病人或家屬之期望等
- (08) 「告知與同意」之倫理法律意涵及技巧
- (09) 「醫療傷害」發生時，應如何告知病人及其家屬、如何告知同儕、遺憾或道歉之表示
- (10) 「醫學倫理」原則與其應用：例如病人自主原則(autonomy)與預立醫囑(advance directives)、守密原則與傳染病防治之通報等
- (11) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

Q41. 承上題，若您選擇超過一項，請問您認為哪一項主題最重要？(請填編號，以一項為限)

Ans: \_\_\_\_\_ (請填編號，以一項為限)

Q42. 請問您過去是否曾經上過如第40題題目所述的「醫療糾紛」相關課程？

- (01) 是--↓

Q42\_1. 請問您上的是哪些相關課程？(請參照第40題選項編號填寫，可複選)

Ans: \_\_\_\_\_

- (02) 否

Q43. 上述第40題「醫療糾紛」相關的課程主題，有沒有哪些是您會想要上，但過去沒上過的課程？(請參照第40題選項編號填寫，可複選)

- (01) 有--↓

Q43\_1. 請問這些課程是？(請參照第40題選項編號填寫，可複選)

Ans: \_\_\_\_\_

- (02) 沒有 (跳答Q45)

Q44. 您未能修習到這些課的主要原因是？(可複選)

- (01) 訓練或繼續教育過程沒有舉辦這類課程
- (02) 課程內容無法引起興趣
- (03) 課程進行方式無法提升學習效率
- (04) 講者不夠吸引人
- (05) 上課地點離您太遠
- (06) 沒有時間去上課
- (07) 沒有列入醫院評鑑或醫師繼續教育必修積分
- (08) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

Q45. 由以下哪個單位所舉辦的「醫療糾紛」相關課程，您的參與意願最高？

- (01) 中華民國醫師公會全國聯合會



- (02) 各縣市醫師公會
- (03) 自己所在的醫院
- (04) 自己所隸屬的科部
- (05) 各專科醫學會(含台灣醫學會)
- (06) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

Q46. 承上題，您的選擇的原因是甚麼？(歡迎於以下盡情書寫想法)

Q47. 目前衛生福利部將「感染管制」、「性別議題」兩大項相關課程列為「醫師繼續教育積分」之必修課。您是否同意，衛生福利部將「醫療糾紛」相關課程也納為「醫師繼續教育積分」之必修課？

- (01) 非常同意
- (02) 同意
- (03) 沒意見
- (04) 不同意
- (05) 非常不同意
- (06) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

目前衛福部規定之「醫師繼續教育積分」含四大類別課程，六年內須修滿120點積分方可更新執業執照。參加繼續教育課程或學術研討會，每小時約可得積分1點。其中「專業品質、專業倫理、專業相關法規」三大類課程總積分須達10%(積分12點)以上，「專業課程」類之積分須達80%(積分96點)以上。

Q48. 您認為與「醫療糾紛」相關的課程內容，應占「醫師繼續教育積分」多少百分比(或積分、時數)最為適當？

- (01) 1%(約為積分1.2點、六年內1.2小時)
- (02) 5%(約為積分6點、六年內6小時)
- (03) 10%(約為積分12點、六年內12小時)
- (04) 15%(約為積分18點、六年內18小時)
- (05) 20%(約為積分24點、六年內24小時)
- (06) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

最近一年(104學年度)入學之台灣各大醫學系學士班學生，畢業前之必修總學分約在230-240學分之間。



Q49. 如果一定要安排的話，您認為在醫學生時期(含進醫院見習前之醫學生、clerk或intern時)，「醫療糾紛」相關課程應該占必修總學分中多少學分，對醫學生們最有幫助？

- (01) 1學分
- (02) 2學分
- (03) 3學分
- (04) 4學分
- (05) 5學分
- (06) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

Q50. 如果一定要安排的話，您認為在住院醫師時期(含PGY、resident或fellow時)，每年約學習幾小時的「醫療糾紛」相關課程，對住院醫師們最有幫助？

- (01) 每年3小時
- (02) 每年6小時
- (03) 每年12小時
- (04) 每年24小時
- (05) 每年48小時
- (06) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

## 受訪者基本資料

以下基本資料之蒐集為匿名性質，且不會用於研究以外之用途。

Q51. 請問您是民國幾年出生的？

- (01) 民國 \_\_\_\_\_ 年

Q52. 請問您執業所在地區是哪個縣市？

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (01) 臺北市 | <input type="checkbox"/> (02) 新北市 | <input type="checkbox"/> (03) 基隆市 |
| <input type="checkbox"/> (04) 桃園縣 | <input type="checkbox"/> (05) 新竹縣 | <input type="checkbox"/> (06) 新竹市 |
| <input type="checkbox"/> (07) 苗栗縣 | <input type="checkbox"/> (08) 臺中市 | <input type="checkbox"/> (09) 彰化縣 |
| <input type="checkbox"/> (10) 南投縣 | <input type="checkbox"/> (11) 雲林縣 | <input type="checkbox"/> (12) 嘉義縣 |
| <input type="checkbox"/> (13) 嘉義市 | <input type="checkbox"/> (14) 臺南市 | <input type="checkbox"/> (15) 高雄市 |
| <input type="checkbox"/> (16) 屏東縣 | <input type="checkbox"/> (17) 宜蘭縣 | <input type="checkbox"/> (18) 花蓮縣 |
| <input type="checkbox"/> (19) 臺東縣 | <input type="checkbox"/> (20) 澎湖縣 | <input type="checkbox"/> (21) 金門縣 |
| <input type="checkbox"/> (22) 連江縣 |                                   |                                   |

Q53. 請問您目前的婚姻狀況是？

- (01) 未婚
- (02) 已婚
- (03) 離婚
- (04) 分居
- (05) 喪偶(寡居)
- (06) 同居
- (07) 其他 \_\_\_\_\_ (請自行填寫)



Q54. 您的教育程度是？

- (12) 大學
- (14) 碩士
- (15) 博士及以上
- (97) 其他 \_\_\_\_\_ (請自行填寫)

Q55. 請問您有沒有畢業？

- (01) 有
- (02) 沒有，唸了 \_\_\_\_\_ 年 (請自行填寫)

Q56. 請問您目前的職稱？

- (01) 畢業後一般醫學訓練不分科住院醫師(PGY)
- (02) 各專科住院醫師
- (03) 住院總醫師(CR)或研究醫師(fellow)
- (04) 主治醫師
- (97) 其他 \_\_\_\_\_ (請自行填寫)

Q57. 請問您熟識的親友當中，有沒有人曾是醫療傷害事件中的病患一方？

- (01) 有
- (02) 沒有

Q58. 請問您本人是否曾經是醫療傷害事件中的病患一方？

- (01) 是
- (02) 否

Q59. 請問您個人平均一個月所有的收入加起來大概有多少？

- (04) 2萬以上，不到3萬
- (05) 3萬以上，不到4萬
- (06) 4萬以上，不到5萬
- (07) 5萬以上，不到6萬
- (08) 6萬以上，不到7萬
- (09) 7萬以上，不到8萬
- (10) 8萬以上，不到9萬
- (11) 9萬以上，不到10萬
- (12) 10萬以上，不到15萬
- (13) 15萬以上，不到20萬
- (15) 20萬以上，不到30萬
- (16) 30萬以上，不到40萬
- (17) 40萬以上，不到50萬
- (18) 50萬以上



Q63. 請問您的性別是？

- (01) 男性
- (02) 女性
- (03) 傾向不回答

Q64. 請問您畢業的醫學院校名稱 \_\_\_\_\_

Q65. 請問您目前執業的科別：\_\_\_\_\_ 科

Q66. 請問您的年資：您擔任第一年住院醫師是在民國 \_\_\_\_\_ 年

Q67. 請問您本身是否曾遭遇醫療糾紛經驗(身為醫師一方)？

- (01) 是(續答下一題)
- (02) 否

Q68. 承上題，若為是，是否曾有被病人提告之經驗？

- (01) 是
- (02) 否

**問卷到此全部結束，感謝您的協助！**

## 附錄二：訪談研究邀請函



### 臺灣醫師面對醫療糾紛的困境與教育需求 研究邀請函

※ 邀請曾有遭遇「醫療糾紛」經驗之醫師接受訪談

您好：

與世界許多國家相同，台灣醫療傷害訴訟案件數逐年上升，醫療糾紛及醫療傷害訴訟已經成為許多醫師執業過程中需要面對的課題。

本研究之目的在訪談國內曾遭遇醫療糾紛之醫師，瞭解他們的相關經驗、反思與對醫學教育之回饋。期望透過研究結果，將來可協助醫療個人或組織，增強其面對醫療糾紛之能力，並提供擬定醫療糾紛相關處理制度與教育課程時之參考。因此，本研究希望能邀請具有以下任一經驗之醫師接受訪談：

1. 曾被列為醫療傷害訴訟之被告
2. 曾與病人或其家屬發生與醫療傷害責任判斷相關之醫療糾紛。

面對面訪談時間約60分鐘之訪談。將以匿名及保密之方式進行。

感謝您耐心閱讀這份邀請函，在此誠摯地邀請您參與這個研究。您真實而寶貴的經驗將使大家對於國內醫師面對醫療糾紛之經驗有更多了解、並可能給予相似處境的人力量。如果您願意接受訪談，或是想更了解研究與訪談的內容，請與我聯絡，我將進一步向您說明！倘若您身邊有適合的受訪對象，也歡迎轉知。

非常感謝您！

國立台灣大學 醫學教育暨生醫倫理研究所  
碩士研究生 林欣慧醫師

聯絡方式： E-mail: [hsin.hui.l.fm@gmail.com](mailto:hsin.hui.l.fm@gmail.com)

研究計畫主持人：吳建昌醫師

聯絡方式：

e-mail: [ccwu88@ntu.eud.tw](mailto:ccwu88@ntu.eud.tw); TEL: 0972651759





## 臺灣醫師面對醫療糾紛的困境與教育需求 半結構式訪談大綱

1. 過去個人「醫療糾紛」經驗
  - 當時發生了甚麼事? Ex: 起因、病患方想法、醫師想法、其他人想法...
  - 當時如何處理? Ex: 有效的方法、無效的方法、第三方為甚麼單位、耗時多久...
  - 當時的院方支持系統、法律、制度是怎麼樣的?
  - 事件發生過程中的感受為何?
  - 覺得最難以處理的問題是甚麼?
  
2. 「醫療糾紛」相關教育
  - 覺得是否需要醫療糾紛相關課程?
    - 為什麼?
  - 覺得此次經驗有沒有可分享給同儕或學生，讓他們從中學習的點?
    - 為什麼?
    - 覺得以何種形式分享較適當?
  - 過去課程之經驗與看法?
    - 覺得是否有幫助? 為什麼?
  - 有沒有可透過「醫學院教育」或「醫師繼續教育(院內或院外)」可以幫助預防或處理的(能早知道多好)? (內容)(由誰教)