

麻醉醫療糾紛之探討

A Discussion on Anesthetic Medical Dispute

袁懷璧 Hui-Bih Yuan *



摘要

醫療事故在臺灣以手術醫療糾紛所占比例最高，其中以外科、婦產科及麻醉科為最主要的發生科別。麻醉醫療行為乃五項核心醫療行為之一，應由醫師親自執行。而在各種麻醉醫療工作內容中，由術前麻醉同意書之簽署、麻醉方法之選擇、術後麻醉之恢復及止痛，乃至急救、緊急插管過程，均可能成為醫療糾紛之來源。在麻醉醫療糾紛相關之法律議題中有兩大重要議題：一、麻醉醫師與手術醫療團隊其他成員尤其是手術醫師間過失行為之責任歸屬；二、麻醉護理師執行麻醉醫療行為之適法性。本文將就此二議題闡述，並簡結麻醉醫師的注意義務及麻醉醫療糾紛之預防。

Among medical disputes in Taiwan, operation related

*臺北慈濟醫院麻醉醫師 (Anesthesiologist, Taipei Tzu Chi Hospital)

關鍵詞：麻醉注意義務 (anesthetic duty of care)、麻醉疏失 (anesthetic negligence)、麻醉醫療 (anesthesia medical practice)、麻醉醫療糾紛 (anesthetic medical dispute)、麻醉護理師 (anesthesia nurse)

DOI : 10.3966/241553062019030029003



medical disputes account for the highest proportion, among which surgery, obstetrics and gynecology, and anesthesiology are the most important occurrences. Anesthesia medical practice is one of the five core medical behaviors and should be performed by a physician. In the various anesthesia medical works, the signing of anesthesia consent, the choice of anesthesia method, the recovery from anesthesia, postoperative analgesia, and even the first aid and emergency intubation process may become the source of medical disputes. There are two important issues in the legal issues related to anesthesia medical disputes. One is the responsibility attribution between the anesthesiologist and the other members of the surgical team, especially the surgeon, and the other is the legality of the anesthesia nurse to perform anesthesia. This article will elaborate on these two topics, and briefly summarize the duty of care of anesthesiologists and the prevention of anesthesia medical disputes.

壹、前言

在臺灣，醫療事故以手術醫療糾紛所占比例最高，其中以外科、婦產科及麻醉科為最主要的發生科別¹。手術醫療事件之爭議不易釐清，一方面和手術醫療的特性有關，如手術醫療行為常包含對人體組織進行破壞性的傷害，發生意外事件或有

1 洪慶彰，手術醫療糾紛民事責任之研究，東吳大學法律學系研究所碩士論文，2010年，8頁；吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，醫療糾紛與醫師特性分析，臺灣醫學，13卷2期，2009年3月，115-121頁；袁懷璧，麻醉科醫療糾紛之法律與實證研究，東吳大學法律學系研究所碩士論文，2012年，31-37頁。

違正常人體生理反應之事故多有可能，若是手術結果不如預期，甚或出現負面結果，衝突勢必難免。再者，施行手術的手術室，既神秘又封閉，外人無法一窺究竟，手術時家屬不在現場，病患若施行麻醉，常處於無意識狀態，若發生醫療事故，家屬的猜疑可想而知。麻醉醫師身為手術醫療團隊的一員，除了要面對病患及家屬的質疑外，尚須面對手術醫師及其他手術醫療團隊成員的醫療關係，於醫病雙方對於醫療事件因果關係的爭執，以及相關醫療人員之責任歸屬釐清，益增複雜及困難度。此外，由於臺灣特殊的醫療環境及健保制度，醫師人力不足，工作負荷過重，加上人口老化的趨勢，許多80、90歲以上的老年病患可能患有各式嚴重慢性病，或遊走各家醫院致病史無法精確掌握者，或需要緊急手術者，在在增加麻醉醫師的挑戰及風險。尤有甚者，麻醉醫師常須支援全院插管急救事宜，還須面對插管失敗、急救不力或來遲等責難及風險，難怪麻醉科的醫療糾紛占比高，而麻醉醫師的醫療保險金額於美國亦名列前茅。

美國麻醉學會（American Society of Anesthesiologists, ASA）的學術地位執世界麻醉界之牛耳，其自1985年起便成立麻醉醫療糾紛的資料庫（ASA Closed Claims Database）²，收集美國國內麻醉傷害及死亡案例，透過研究及教育，以改進病患安全，並保護麻醉醫師免於訴訟之累，且有效降低麻醉醫師醫療保險金額。透過此一龐大資料庫，陸續有許多文章發表，分析各種麻醉醫療糾紛的類型、造成原因、解決機制等³。顯見隨著麻醉醫療設備及技術的精進、麻醉醫療人員的

2 ASA Closed Claims Project, <http://depts.washington.edu/asaccp/>

3 Frederick W. Cheney, Karen L. Posner, Lorri A. Lee, Robert A. Caplan & Karen B. Domino, *Trends in Anesthesia-Related Death and Brain Damage: A Closed Claims Analysis*, 105(6) ANESTHESIOLOGY 1081-1086 (2006).

教育及警戒，近年來麻醉醫療糾紛案例數於美國已有改善⁴。反觀臺灣，監察院早於2011年即指出，在臺灣每4萬人分配1名麻醉科專科醫師，遠不及美國、日本等先進國家，在致死率部分，臺灣麻醉相關致死率為美國的2倍，更是日本的17倍⁵；7年後監察院再次對衛生福利部提出糾正案，並表明麻醉醫師人力不足之情事仍未改善，至少高達350萬次麻醉業務係於無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜⁶。尤其近年來美容醫學診所麻醉醫療事故頻傳⁷，更勝以往，身處如此高風險及惡劣的醫療環境，麻醉醫師應努力鑑往知來、知所警戒並防患未然，以創造醫病雙贏的機會。

筆者曾經由相關資料庫收集麻醉醫療糾紛案例，分析其類型與成因，作一統合性整理，透過實證研究發表論文⁸，亦曾在任職醫學中心及擔任麻醉醫學會醫事法律委員會主任委員期間，多次參與麻醉醫療糾紛鑑定。研究結果顯示，麻醉醫療事故以麻醉中疏失占最大宗，約占三分之二，但術前評估（含同意書簽署）及恢復室照顧之疏失，亦占一定比例，疏失的問題包括術前評估不足、說明或同意書之簽署有瑕疵、術中未善盡麻醉注意義務、醫護人員間水平分工及垂直分工之信賴原則適用（尤其是麻醉醫師與外科醫師間的溝通問題）、是否有超越承擔的過失、麻醉中是否有符合標準的麻醉監測、是否由專業之麻醉醫師施行麻醉業務、病歷及麻醉記錄情形、術後恢復室照顧之注意義務、協助急救之注意義務等。本文期望透過以下

4 Zeev N. Kain, *The National Practitioner Data Bank and Anesthesia Malpractice Payments*, 103(3) ANESTH ANALG 646-649 (2006).

5 監察院糾正案文，100財正0001，2011年1月5日，1頁。

6 監察院糾正案文，107內正0025，2018年10月4日，1頁。

7 醫美「麻醉」糾紛多 未來「八大手術」需雙醫師，TVBS，2018年7月22日報導，<https://news.tvbs.com.tw/health/959856>（瀏覽日期：2019年2月16日）。

8 袁懷璧，同註1，38-60頁。

的分析探討，提供實用可行之建議，以改善臺灣麻醉醫療糾紛之風險。

貳、麻醉醫療實務

為了手術能順利進行，病患在手術過程中必須同時接受麻醉，以解除手術造成的痛苦及恐懼。所謂的麻醉是指包括抗焦慮、止痛、安眠、失憶、肌肉麻痺等任一或全部的組成要素，除了輔助手術順利進行以外，並維護病患生理機能穩定，因此傳統的麻醉醫療工作主要包括手術前訪視、麻醉諮詢、風險評估、麻醉同意書簽署、手術中麻醉的進行、病患各種生命跡象之監測及維持、術後麻醉的甦醒及恢復、術後止痛等項目。然隨著時代的演進、醫療的進步，以及病患對醫療品質的要求，今日的麻醉醫療已不再侷限於手術室內，許多手術室外的醫療行為也都需要麻醉醫師的介入與協助，如放射科的各種檢查治療、腦血管栓塞、無痛胃鏡／腸鏡／支氣管鏡、膽胰消化道相關檢查治療支架置放等；其他各種醫療技術的支援如中央靜脈導管置放、腰椎穿刺等；各種急慢性疼痛的會診及治療，加護病房的照顧及協助全院急救、緊急氣管插管等，因而大幅增加了麻醉醫療的多樣性、複雜性及風險性。

在上述各種麻醉醫療工作內容中，由術前麻醉同意書之簽署、麻醉方法之選擇、術後麻醉之恢復及止痛，乃至急救、緊急插管過程等，均可能成為醫療糾紛之來源，而麻醉醫師容易在麻醉醫療工作中成為醫療訴訟之對象，有下列原因：

一、醫病關係互信基礎薄弱

麻醉醫師與病患之關係非常薄弱，病患通常無法自己選擇麻醉醫師，而麻醉醫師唯一與病患接觸的時間為術前訪視，但時間多半很短，不易掌握病患的全盤狀況，且基於分工需

要，往往術前訪視與真正執行麻醉醫療行為者非同一麻醉醫師。

二、醫師彼此間溝通不良

麻醉醫師與外科醫師間容易溝通不良，且一旦發生醫療事故，外科醫師習慣將責任推給麻醉醫師。

三、承擔團隊責任

在外科醫療事故中，麻醉醫師也容易遭池魚之殃，一起成為訴訟被告。

四、醫療人力不足與社會結構變化

如麻醉醫療人力不足、麻醉業務範圍擴增、工作負荷過重、人口老化、老年病患激增、醫療資訊不足、病患病史不易掌握等因素，亦增加麻醉之風險。

五、麻醉醫療之特性使然

麻醉醫療不同於一般醫療，具有瞬息萬變、立即反應的特性，麻醉藥物之施予或手術進行當中，隨時可能導致病患生命跡象變化，麻醉醫師必須預見其可能性，精準掌握病患情況，作出即時且適切的反應，以上各點在在考驗著麻醉醫師的專業能力。

參、麻醉醫療糾紛之法律議題

麻醉醫療糾紛之法律相關議題包括麻醉同意書之簽署與解釋、麻醉醫療中過失行為之責任歸屬、醫療糾紛判定原則（注意義務之違反與因果關係之界定）、衛生福利部手術及麻