

# 親自驗屍義務之歷史、現況與相關 醫學檢查之發展\*

陳勛\*\*

## 目次

壹、緒論

貳、親自驗屍義務之歷史與現況

一、醫師親自驗屍

二、法醫師、醫師或檢驗員相驗

三、相驗義務之界定

參、死亡原因與相驗之區別

一、非病死或疑為非病死者

二、病死者

肆、相關函釋及判決之評析

一、親自驗屍義務相關函釋

二、親自驗屍義務相關判決

(一) 我國司法與臨床現況

(二) 醫療機構內死亡與行政相驗實務現況

(三) 司法相驗實務現況

\* 感謝初審委員、複審委員及編輯委員之指教，各位委員之指點使本文更臻完善。

\*\* 臺北醫學大學牙醫學士、國立政治大學法律學碩士。聯絡方式：  
hsun\_chen@hotmail.com。

伍、先進國家相關驗屍制度之介紹與比較

- 一、美國
- 二、英國
- 三、加拿大
- 四、澳大利亞

陸、結論與反思

- 一、我國法院對於親自驗屍義務，已然採用實質掌握原因之解釋，而不以當面驗屍為必要
- 二、死亡之判斷分為事實確認與原因判定
- 三、宜以具醫師資格之法醫師為司法相驗主力，屍體相驗回歸法醫師專業進行

## 摘要

本文探討驗屍、相驗及相關醫學檢查之發展。本文以醫師法第 11 條之 1 之規定作為開宗明義之論述，其次依醫師親自驗屍、法醫師、醫師或檢驗員相驗、相驗義務之界定等議題，分別探討親自驗屍義務之歷史與現況，接著依非病死或疑為非病死者、病死者相關問題，釐清死亡原因與相驗之區別，然後評析我國相關法規、衛福部函釋及法院判決，探討醫師親自驗屍方得開立死亡證明的相關議題，接著彙整美國、英國、加拿大及澳大利亞等先進國家相關的立法與執行方式做為我國改進之參考，最後提出我國法院對於親自驗屍義務已然採用實質掌握原因之解釋、死亡之判斷分為事實確認與原因判定及宜以具醫師資格之法醫師為司法相驗主力，屍體相驗回歸法醫師專業進行，而不以當面驗屍為必要之相關結論與反思。

**關鍵詞：**醫師、法醫師、檢驗屍體、相驗

# **Historical Development, Current Status, and Advancements in the Duty of Personal Autopsy: A Study on Forensic Pathology and Related Medical Examinations**

*Chen, Hsun* \*

## **Abstract**

This paper delves into the history of legal aspects of autopsies, post-mortem examinations, and the progress made in related medical investigations. The discussion begins by establishing the context through the provisions of Article 11-1 of the Physicians Act. Subsequently, various topics such as the duty of personal autopsy, forensic pathologists, physician or examiner post-mortem examinations, and the obligations associated with these examinations are explored. The historical background and current state of the in-person autopsy mandate are discussed, followed by an examination of issues related to non-disease-related or suspected non-disease-related deaths, as well as those pertaining to deaths caused by illnesses. The aim is to distinguish between determining the cause of death and the need for post-mortem examinations. Furthermore, an analysis of relevant laws, regulations,

---

\* D.D.S., Taipei Medical University, LL.M., National Chengchi University.

interpretations from the Ministry of Health and Welfare, and court judgments in Taiwan is conducted to discuss the pertinent issues concerning the issuance of death certificates post in-person autopsies by physicians. Additionally, legislative and operational practices in advanced countries such as the United States, the United Kingdom, Canada, and Australia are synthesized as references for potential improvements in Taiwan. Finally, this paper proposes that Taiwan's courts adopt an interpretation that emphasizes a thorough understanding of the actual cause of death, separating the determination of facts from the determination of cause, and assigning qualified forensic pathologists as the primary experts for judicial post-mortem examinations. Our study also suggest that post-mortem examinations be entrusted to forensic pathologists to ensure a professional approach. We also suggest that in-person as a mandate for autopsies may not be a necessity.

**Keywords:** Physician, Forensic Pathologist, Cadaver Examination, Post-mortem Examination.

## 壹、緒論

政府為保障人民生命安全及社會秩序，一旦人民死亡，其家屬必須取得死亡證明方能進行殮葬事宜。開立及取得死亡證明書之途徑依死亡情形有不同規定。依據醫師法第 11 條之 1 規定：「醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。」意即，醫師必須親自檢驗屍體，始得開立死亡證明書。然，所謂親自檢驗屍體，是否所指為當面親手執行解剖與屍體檢驗？檢驗屍體相關規定之目的以及意義為何？外國立法例是否有提供解答或供參考之處？前述及相關問題尚有待見解產生。本文之目的即為，除整理我國醫師親自驗屍義務之歷史與現況、法院判決及衛生福利部函釋等文獻並提出相關的評析意見之外，並釐清屍體之分類與相驗之區別，更進一步從其他先進國家不同的立法及規範方式觀之，以做為我國日後相關立法規範之參考。

## 貳、親自驗屍義務之歷史與現況

死亡的分類，依死因可分為自然死、自殺、他殺及意外死亡。「自然死」是指因年邁老衰或疾病末期而死亡，自殺、他殺及意外死亡則是在不自然的外因下死亡。死亡所牽涉之權利義務關係甚廣，為保障人民的生命安全及社會秩序，我國政府要求家屬必須提供「死亡證明書」，殯葬所才能進行殮葬事宜。依現行制度，我國臨床醫師得執行自然死之「行政相驗」，法醫師會同檢察官進行自殺、他殺及意外死亡之「司法相驗」<sup>1</sup>。驗屍與相驗之義務探討如

---

<sup>1</sup> 季達，基層醫師「行政相驗」甘苦談，臺灣醫界，60 卷 12 期，頁 43（2017）。

下：

## 一、醫師親自驗屍

依據醫療法施行細則第 53 條第 1、2 項規定：「醫院、診所對其診治之病人死亡者，應掣給死亡證明書。」、「醫院、診所對於就診或轉診途中死亡者，應參考原診治醫院、診所之病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。」；且醫師法第 11 條之 1 規定：「醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。」；以及醫師法第 17 條規定：「醫師如無法令規定之理由，不得拒絕診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書之交付。」

## 二、法醫師、醫師或檢驗員相驗

依據醫療法第 76 條第 3 項規定：「醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。」及醫師法第 16 條規定：「醫師檢驗屍體或死產兒，如為非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。」此規定，非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗，檢察官得命檢察事務官或司法警察官會同法醫師、醫師或檢驗員進行驗屍。在查明死亡原因後，由地方檢察官開立「相驗屍體證明書」（司法相驗）<sup>2</sup>。惟為了舒緩檢察官的案件壓力，依據刑事訴訟法第 218 條第 2 項，檢察官得命檢察事務官會同法醫為相驗，甚至若無犯罪嫌疑，可調度司法警察會同法

<sup>2</sup> 刑事訴訟法第 218 條：「遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。前項相驗，檢察官得命檢察事務官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。但檢察官認顯無犯罪嫌疑者，得調度司法警察官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。依前項規定相驗完畢後，應即將相關之卷證陳報檢察官。檢察官如發現有犯罪嫌疑時，應繼續為必要之勘驗及調查。」

醫、檢驗員等行之。

刑事訴訟法第 218 條僅規定檢察事務官或司法警察相驗時，應會同法醫師、醫師或檢驗員行之，然而，針對檢察官親自相驗則無明文「應會同法醫師、醫師或檢驗員行之」。雖無明文規定，但檢驗屍體為相驗程序中最重要之步驟，且刑事訴訟法第 216 條第 2 項亦規定檢驗屍體，應命醫師或檢驗員行之<sup>3</sup>。故檢察官親自相驗，應會同法醫師、醫師或檢驗員，應為當然之解釋。惟有文獻認為檢察署之檢察官對可疑非病死者案，由於檢察官並未具備醫學之專業知識，且多不願與同為檢察署同事之法醫為意見相左，因此往往是由法醫進行相驗死因，檢察官少有對死因判斷加以表示不同意見者。亦因如此，可能會生證物受污染、採證錯誤、遺漏或證據超越現有檢驗技術極限之謬誤<sup>4</sup>。可見，檢察官對於法醫學，有其熟習之必要，且必須與法醫研判的鑑定結果辯證<sup>5</sup>。

### 三、相驗義務之界定

非病逝於醫療機構，亦非在就診或轉診途中死亡者，無法取得死亡證明書者，可由所在地衛生所，或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構檢驗屍體（行政相驗），掣給死亡證明書<sup>6</sup>。理論上行政相驗仍以病死為主，只是病死於家者，由死者家屬備齊相關文件（身分證明、醫學病史摘要等），向轄區衛生所（局）報

<sup>3</sup> 刑事訴訟法第 216 條：「檢驗或解剖屍體，應先查明屍體有無錯誤。檢驗屍體，應命醫師或檢驗員行之。解剖屍體，應命醫師行之。」

<sup>4</sup> 林宜民，依新修正刑事訴訟法論法庭活動：以鑑定為中心，25 輯 15 篇，司法研究年報，頁 4（2005）。

<sup>5</sup> 蕭開平，法醫鑑定概論，萬國法律，137 期，頁 45（2004）。

<sup>6</sup> 醫療法施行細則第 53 條第 3 項：「病人非前二項之情形死亡，無法取得死亡證明書者，由所在地衛生所或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構檢驗屍體，掣給死亡證明書。」



案，商訂相驗時間。衛生機構或指定醫師於約定時間至停屍地點，檢視屍體後發給死亡證明書。如發現自殺、意外、車禍、外因致死（墜落、火災、溺水、中毒、外傷等），有可疑為非病死之情形，應即改報為司法相驗。

依據法律規定可開立死亡證明者，有醫療機構之醫師和衛生機關，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。所以只要病死於醫院中，醫院皆須開具死亡證明，而此死亡證明必然需由親自檢驗屍體的醫師為之。然若未於醫院中死亡，依據醫療法施行細則第 53 條第 3 項，須向當地衛生機關為檢驗病因，以此開具死亡證明，此即為一般實務運作所最常見的行政相驗。而衛生機關除非有非病死或疑為非病死，而請求檢察官為相驗的情況下，才得不開具死亡證明。非病死或疑為非病死，係指自然原因（病死）以外死亡之情形。因此類死亡，有可能係因過失而造成，故有追究原因之必要。此外，自殺雖非外力造成，但亦屬於非病死，仍應為相驗範圍，況在未為相驗時，有時也很難究明是自殺、還是他殺。

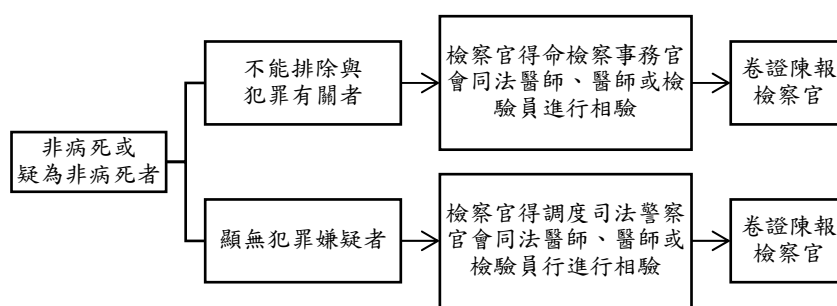
關於相驗的規定，雖見於刑事訴訟法第 218 條針對非病死者或疑為非病死者之檢驗，但現行實務運作之相驗概念，似乎不僅於此。針對病死體之檢驗亦以相驗名之，也因此為區別兩者，特將刑事訴訟法之規定稱為司法相驗，後者則稱為行政相驗。關於此二者的區分，到底有何差別，以下將探討屍體的分類和相驗的區別，以及以親自驗屍義務之相關函釋與相關判決為例進行相關探討。

## 參、死亡原因與相驗之區別

相驗的界定若依死亡原因的區別分為非病死或可疑為非病死者、病死者，其驗屍之程序乃有所差異，茲論述如下：

## 一、非病死或疑為非病死者

依據刑事訴訟法第 218 條第 1 項<sup>7</sup>，若為非病死或疑為非病死，應報請檢察官為檢驗。依我國制度設計，凡是有可能非屬病死者，皆須經過檢察官的相驗程序，方能進入並完成相驗程序。流程如圖 1 所示。



資料來源：作者自製

圖 1 非病死或疑為非病死者司法相驗流程

然而，死因不明的死亡事件分散各地為數甚多，而檢察官人力不足執行所有相驗業務。為此，檢察官得命檢察事務官會同法醫為相驗，若無犯罪嫌疑，可調度司法警察會同法醫、檢驗員等行之<sup>8</sup>。相驗是死因鑑定之起始步驟，對於非病死或可疑為非病死之屍體，為確認死因，開啟相驗之程序，若該案件係屬刑事案件，檢察官即將該案簽分為偵字案件續行偵查；若為非刑事案件，則僅需完成相

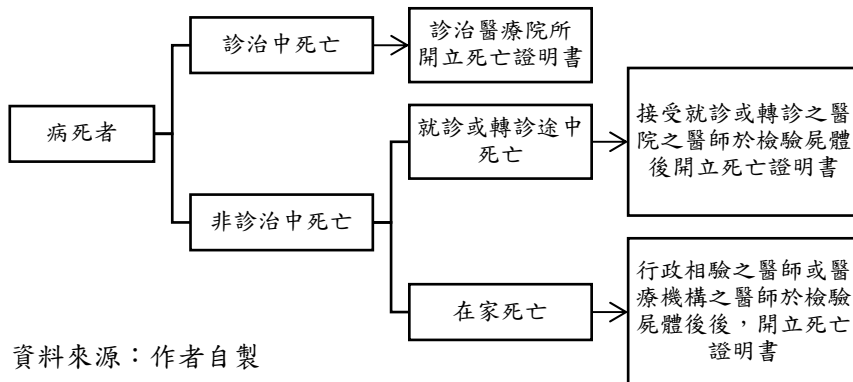
<sup>7</sup> 刑事訴訟法第 218 條第 1 項：「遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。」

<sup>8</sup> 刑事訴訟法第 218 條第 2 項：「前項相驗，檢察官得命檢察事務官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。但檢察官認顯無犯罪嫌疑者，得調度司法警察官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。」

字案報告書即可簽結此案<sup>9</sup>。

## 二、病死者

若病死於醫院，依據醫療法第 76 條第 1 項<sup>10</sup>，由醫院開給死亡證明書。若到院前或轉診前死亡，依據醫療法施行細則第 53 條第 2 項<sup>11</sup>，則由原診治醫院依據病歷及檢驗屍體後，開給死亡證明書。若非屬上述情況，如在家病死，則依據醫療法施行細則第 53 條第 3 項<sup>12</sup>，則由家屬向當地衛生局繳交一定規費後，申請檢驗屍體，並開給死亡證明書，此屬行政相驗。



資料來源：作者自製

圖 2 病死者行政相驗流程

<sup>9</sup> 陳欣怡，論相驗與死因鑑定，國立中正大學法律所碩士論文，頁 15-35（2008）。

<sup>10</sup> 醫療法第 76 條第 1 項：「醫院、診所如無法令規定之理由，對其診治之病人，不得拒絕開給出生證明書、診斷書、死亡證明書或死產證明書。開給各項診斷書時，應力求慎重，尤其是有關死亡之原因。」

<sup>11</sup> 醫療法施行細則第 53 條第 2 項：「醫院、診所對於就診或轉診途中死亡者，應參考原診治醫院、診所之病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。」

<sup>12</sup> 醫療法施行細則第 53 條第 3 項：「病人非前二項之情形死亡，無法取得死亡證明書者，由所在地衛生所或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構檢驗屍體，掣給死亡證明書。」

上揭之區分乃有必要性，因針對檢驗屍體時，所採取的手段不同，其法律規制也會不同，且國家所能行使的強制力範圍亦不同。惟於現實面，此二者恐是相互流動且模糊，因為並非每個屍體均能馬上判定其到底為非病死或疑為非病死及病死者，故上述之區分僅是理念類型，然其區分之實益乃在於國家機關對其進行檢驗之程序不同。

## 肆、相關函釋及判決之評析

本文將關於驗屍實務之相關函釋及判決見解臚列如下，並提出評析。

### 一、親自驗屍義務相關函釋

行政院衛生署於民國 87 年函釋主旨載明：「有關診所開業醫師開立死亡證明書，除里長證明書及公私立醫院診斷證明書外，是否要親自驗屍，才可開立。若屍體已蓋棺後，是否可僅憑里長證明書及公私立醫院診斷證明書，即可開立死亡證明書……」說明第二點載明：「依醫師法第 11 條之 1 及醫療法施行細則第 49 條規定，醫師應親自檢驗屍體後，始得交付死亡證明書，但如為非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。另檢驗屍體為醫師專業領域事項，依規定無需要求村里長出具證明<sup>13</sup>。」

由上揭函釋之文意推斷，檢驗屍體及其所延伸之死亡證明書開立一事，無關村里長出具證明。然醫師是否得以公私立醫院診斷證明，直接對蓋棺之屍體作出死者死亡與死因之判斷，並開立死亡證

<sup>13</sup> 衛生署八十七年衛署醫字第八七〇一二〇七四號函。

明書？依據醫師法第 16 條規定：「醫師檢驗屍體或死產兒，如為非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。」換言之，醫師出具之死亡證明書應僅限於「病死」。如係「非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。」而刑事訴訟法第 216 條規定：「檢驗或解剖屍體，應先查明屍體有無錯誤。檢驗屍體，應命醫師或檢驗員行之。解剖屍體，應命醫師行之。」同法第 217 條規定：「因檢驗或解剖屍體，得將該屍體或其一部暫行留存，並得開棺及發掘墳墓。檢驗或解剖屍體及開棺發掘墳墓，應通知死者之配偶或其他同居或較近之親屬，許其在場。」同法第 218 條規定：「遇有非病死或可疑為非病死者，該管檢察官應速相驗。前項相驗，檢察官得命檢察事務官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。但檢察官認顯無犯罪嫌疑者，得調度司法警察官會同法醫師、醫師或檢驗員行之。依前項規定相驗完畢後，應即將相關之卷證陳報檢察官。檢察官如發現有犯罪嫌疑時，應繼續為必要之勘驗及調查。」因此司法相驗係檢察官於其管轄區域內，人民遇有非病死或可疑為非病死者，由檢察官、檢察事務官或司法警察官督同法醫或檢驗員檢視屍體，以查有無犯罪嫌疑之過程。

## 二、親自驗屍義務相關判決

我國與親自驗屍義務有關之判決，有何雪卿案。臺灣士林地方法院認為，依醫院急診流程，未曾參與急救或是驗屍之行政主管醫師對在經值勤醫師開立之死亡證明書上簽章之作為，僅係核對該證明書上所載事項與病歷內容無訛即足；至於病患於急救當時之狀況、在場人有何、開立死亡證明書之醫師有無親自檢驗屍體等情，與行政主管醫師就其行政作業範圍所為審閱病歷、於死亡證明書上

覆核簽章之行為並無影響<sup>14</sup>。臺灣士林地方法院並認，病人於醫院死亡，與醫院間有醫病診治關係，故得依病歷記載據以判斷死亡原因，而無須檢驗屍體<sup>15</sup>；行政主管醫師縱未親自檢驗屍體而開立死亡證明書，係依據該院急診手冊規定之處理流程所為，仍須由主管醫師本於所負責之行政業務，於核對病歷後在上開死亡證明書上具名簽章，與相關法令及主管機關解釋並無不合；如果凡開立死亡證明書者均必親自驗屍，則在有醫病關係情況下，醫師於開立死亡證明書前仍必親自驗屍，其徒就屍體外觀而無病歷資料，並無法以肉眼或單就最後急救過程即可判斷出死因，勢必件件解剖始可得之，此實屬殊難想像<sup>16</sup>。

臺灣高等法院認為，醫師因負責行政業務，可依據該院急診手冊規定之處理流程，於查閱死亡患者之病歷資料後，比對病患死亡時之值勤醫師所開立之死亡證明書各欄無訛，即於其上簽章證明；此與醫師法第 11 條之 1 親自驗屍原則之立法規定無違<sup>17</sup>。臺灣高等法院並認為，醫師法第 11 條之 1 之立法意旨在於規範醫師應在能依醫學專業確定死亡之事實並臆斷死亡原因之條件下，如得交付死亡證書<sup>18</sup>。

基於上揭親自驗屍義務相關函釋及相關判決之探討後，本文擬依現行我國司法與臨床現況、醫療機構內死亡與行政相驗及司法相驗，就親自驗屍義務做進一步之分析如下：

<sup>14</sup> 臺灣士林地方法院 89 年度自字第 223 號刑事判決。

<sup>15</sup> 以本案中之臺北榮民總醫院為例，急診病患死亡之行政作業不一定會在病患死亡後立刻進行，例如當病患在夜間死亡，則死亡病患之行政作業通常會待至翌日白天，當相關之行政人員上班後始開始作業，此時方由翌日白天在急診該科之值勤醫師依照病歷開立死亡診斷書。

<sup>16</sup> 臺灣士林地方法院 90 年度自字第 68 號刑事判決。

<sup>17</sup> 臺灣高等法院 90 年度上訴字第 1837 號刑事判決。

<sup>18</sup> 同前註。

## （一）我國司法與臨床現況

由相關函釋與相關判決之探討得知，對於病患生命末期至死亡前沒有醫病關係之病患，醫師應經親自驗屍，方得開立死亡證明書，僅憑公私立醫院診斷證明書即開立死亡證明書，似有不足<sup>19</sup>。對於醫療機構內死亡之病患，病患與醫療機構間有醫病診治關係，且死亡於醫療機構發生者，醫師得依病歷記載據以判斷死亡原因，而無須本人執行檢驗屍體<sup>20</sup>。如依醫師法第 11 條之 1 規定：「醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。」醫療法施行細項第 53 條第一項規定：「醫院、診所對其診治之病人死亡者，應掣給死亡證明書。」第二項規定：「醫院、診所對於就診或轉診途中死亡者，應參考原診治醫院、診所之病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。」依據第二項規定之內容，就診或轉診途中死亡者，開立死亡證明書之醫師，除應參考醫療機構之病歷記載內容外，尚需檢驗屍體，方能開給死亡證明書。

然而，臺灣士林地方法院與臺灣高等法院均認為，病人於醫院死亡與醫院間有醫病診治關係，故得依病歷記載據以判斷死亡原因，而無須檢驗屍體，從字面觀察，似與醫師法第 11 條之 1 及醫療法施行細項第 53 條不盡相符之處。本文認為，我國臺灣士林地方法院與臺灣高等法院對於醫師法第 11 條之 1 醫師親自驗屍義務中之「親自」，似採雷同前述親自診察義務討論中之「掌握病人說」之見解。於親自診察義務，「掌握病人說」指「醫師實質有掌握病人，即符合親自診察原則」，據此應是「醫師實質有掌握病人死亡之狀態與原因，即符合親自驗屍義務之原則」。此外，醫療法施行細項第 53 條第 2 項亦規定：「醫院、診所對於就診或轉診途中死亡

<sup>19</sup> 衛生署八十七年年衛署醫字第八七〇一二〇七四號函。

<sup>20</sup> 臺灣士林地方法院 90 年度自字第 68 號刑事判決。

者，應參考原診治醫院、診所之病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。」

可見，我國臺灣士林地方法院與臺灣高等法院對其中之檢驗屍體，似採取廣義之解釋，採「掌握死亡之狀態與原因」之意。意即無論檢驗屍體是以臨床親手操刀解剖之方式，抑或採取調閱病歷紀錄並綜合判斷，只要蒐集足夠之資訊，得以確認病人之死亡並能合理之臆測其死因，即視為完成「檢驗屍體」。

## （二）醫療機構內死亡與行政相驗實務現況

執行驗屍業務人員之資格限制，依我國現況應如何規定方為合乎需求與法理。依照我國制度，醫療機構內死亡之死者，僅具醫師資格者得執行驗屍業務並開立死亡證明書者<sup>21</sup>。觀察我國臨床及法律實務，無論行政相驗或是司法相驗，驗屍業務實有醫師、法醫師專業不足，人力亦不足之情形。

有衛生所醫師投書臺灣醫界如下：「依據台灣的現行法規，基本上每名臨床醫師都有權責行政相驗，然而為了避免法律糾紛，大家都視為畏途，避之唯恐不及，誠然，臨床醫師的專業在診治各系統疾病，並不在法醫學，即使是病人的長期主治醫師，在病人臨終時，該醫師因沒有全程參與過程，也不願遽下斷語……死亡原因的認定原是法醫學專業，找臨床醫師執行這項業務是不得已的權宜之計……如前所述，現階段的施行方法有許多缺陷，無法讓基層醫師安心的執行行政相驗，這些制度制定者是否應該重新檢視一下呢<sup>22</sup>！」除人員專長不符、人力欠缺外，我國行政相驗制度欠缺監督與防弊制度之設計，因此行政相驗醫師檢驗屍體時草率疏忽，或操

<sup>21</sup> 此處醫師系指醫師法所指之醫師，包含西醫師、牙醫師、中醫師。

<sup>22</sup> 李達（註1），頁43。



守不良，受金錢誘惑，將非病死或非自然死亡開為「病死」之新聞，時有所聞<sup>23</sup>。

可見，關於是否具醫師資格與操守對於死亡之正確判斷，尤其重要。至於關於死亡事實之判斷與死亡原因之判定，探討如下：

死亡事實之判斷，其意義在於確認生命之結束，並已經進入死亡之狀態。對於可能者，應盡量包含其死亡之時間。對此病患，任何企圖救治之措施處置已經不能期待其有使病患回復生命徵象之可能。此判斷有醫學、法律與社會上之意義：於醫療人員結束其對病患之救治義務，法律上結束病患之權利能力，並開始殯葬程序。而臨床上，被認為是瀕死、死亡之過程以及剛死亡之徵象有呼吸停止及心臟停搏<sup>24</sup>；死亡後會產生之徵象有屍斑、屍冷、屍僵、腐爛等。而死亡原因之判斷，指分析並評估存在之疾病或創傷，並確定一人死亡的原因和方式。死亡原因之判斷有醫學、法律之意義：於醫學上，其可能揭示個別醫師或是主流醫學觀念之錯誤或極限，法律者，刑法上有確認傷害之程度或是殺人之事實之意義，民法上有確認健康權與生命權之結束時間與方式之意義；除此之外，並有確定死亡順序以確定繼承順序，確定死亡原因以確定保險之理賠項目等等之用途。

### （三）司法相驗實務現況

我國司法相驗者，以法醫師與檢驗員為主。我國法醫訓練制度仍有待健全，且法醫師的社會地位與薪資缺乏誘因，因此刑事司法

<sup>23</sup> 徐養齡，龍巖勾庸醫，亂開死亡證明，10年撈千，一律寫心肌梗塞，蘋果日報，2013年5月1日，<https://tw.appledaily.com/headline/daily/20130501/34988010>（最後瀏覽日：2023年3月10日）

<sup>24</sup> 此指臨床上判斷之重點，但是因為法律以及醫學之發展，呼吸停止及心臟停搏已經不足以作為判斷死亡之標準；所謂死亡時點，應採為何，於後詳細討論。

實務未能吸引醫師從事法醫工作；為了因應法醫師人員缺乏的問題，我國自民國 84 年起開始擴大招考法醫師與檢驗員，然而法醫師應考者依然有限，無法補足缺額。最後連續五年擴大招考檢驗員，作為法醫師之代替人力。檢驗員制度之由來為，我國過去各地方法院地檢署因缺乏法醫師，因此招考不具醫師資格之人擔任檢驗員。檢驗員的醫學與病理知識未如醫師完善，且設置目的本來是為了輔佐或協助法醫師。然而目前的現狀卻是，解剖屍體由法醫師、外聘顧問醫師或榮譽法醫師進行，但各地檢署的相驗與檢驗屍體之工作，曾有一段時間百分之九十以上是由檢驗員執行<sup>25</sup>。

我國於民國九十四年年末制定之法醫師法，為朝法醫師專業化邁進，規定僅法醫師或受託執行之執業法醫師得執行刑事訴訟法規定所為之檢驗或解剖屍體<sup>26</sup>；同法並有日落條款，規定該法施行屆滿六年起，醫師不得執行刑事訴訟法規定之檢驗、解剖屍體業務<sup>27</sup>；屆滿十二年起，檢驗員不得執行刑事訴訟法規定之檢驗屍體業務<sup>28</sup>。立法理由載明：「為提昇鑑驗水準及落實人權保障，刑事訴訟法規定之檢驗及解剖屍體，應由法醫師或受託執行之執業法醫師為之；至於現行由醫師執行之屍體檢驗、解剖及檢驗員執行之屍體檢驗業務，另以第四十七條及第四十八條規定於本法施行一定期間後，不得再繼續執行該項業務，俾能提昇整體之鑑驗水準，刑事訴訟法相關規定將配合檢討、修正<sup>29</sup>。」

由立法觀察，我國政府似有將法醫學專業化，並加強屍體檢驗

<sup>25</sup> 王崇儀，法醫師法論，宇河文化，頁 48（2009）。

<sup>26</sup> 法醫師法第 9 條：「依刑事訴訟法規定所為之檢驗或解剖屍體，非法醫師或受託執行之執業法醫師，不得為之。」（已停止適用）

<sup>27</sup> 法醫師法第 48 條：「醫師自本法施行屆滿六年起，不得執行刑事訴訟法規定之檢驗、解剖屍體業務。」（已停止適用）

<sup>28</sup> 法醫師法第 49 條：「檢驗員自本法施行屆滿十二年起，不得執行刑事訴訟法規定之檢驗屍體業務。」（已停止適用）

<sup>29</sup> 法醫師法第 9 條立法理由。

提昇整體之鑑驗水準之宏圖。豈知，我國未能培養充足法醫學人力<sup>30</sup>，101年修法，將醫師執行檢驗、解剖屍體業務之日落期限延長為九年。104年更刪除檢驗員之日落條款<sup>31</sup>，一舉將檢驗員再度列入得執行檢驗屍體之人員<sup>32</sup>。我國法醫師以及相關學科發展以及培養人才速度之慢，無可應付需求之情形完全顯見。

基於上述我國診治死亡者之醫師、實施行政相驗之醫師及司法相驗之法醫實務現況之探討，本文擬進一步探討外國驗屍及相驗之相關制度或立法，以做為我國改善驗屍及相驗制度之參考。

## 伍、先進國家相關驗屍制度之介紹與比較

### 一、美國

美國（United States）對於死亡相關規定中，以心死後器官捐贈對死亡者之規定為心肺功能之停止，不可能自行回復且不可能由醫療介入回覆者為主，且未明文規定何種醫療人員得確認死亡。美國國家醫學院（Institute of Medicine, IoM）建議以心電圖與動脈內血壓測量輔助觀察，並應觀察二至五分鐘<sup>33</sup>；確認死亡之病患因倫理考量不應施予急救；腦死之判斷為缺乏意識之任何徵象、無自主

<sup>30</sup> 法醫師法第 48 條立法理由：「一、修正通過。二、針對短期二至三年內法醫人力青黃不接之際，為使法醫鑑定工作能夠順利執行，爰將原期限六年，延長三年修正為九年使開業醫師可以繼續執行法醫業務，以待新培育之法醫人力得以銜接。」（已停止適用）

<sup>31</sup> 法醫師法第 49 條刪除，理由：「一、本條刪除。二、配合第九條第一項之修正，檢驗員得執行刑事訴訟法規定之檢驗屍體業務，主管機關並持續辦理在職訓練，以期持續增進法醫知能，提升相驗品質。」

<sup>32</sup> 法醫師法第 9 條：「依刑事訴訟法規定所為之檢驗屍體，除本法另有規定外，由法醫師、檢驗員為之。解剖屍體，除本法另有規定外，由法醫師為之。」

<sup>33</sup> 今 National Academy of Medicine (NAM).

呼吸，且不期待其可回復者；所有醫師均可執行腦死之判斷，然，醫師應熟悉相關規定再在臨床執行；部分州要求兩次檢查<sup>34</sup>。

美國對於何種醫療人員得判斷病患之死亡並開立死亡證明書沒有聯邦層級之規定，留有各州政府立法之空間。常見「得判斷死亡」或「判斷病患之死亡並開立死亡證明書」者有醫師、專科護理師、驗屍官等等。較詳盡者，有亞利桑那。亞利桑那州規定，法醫師（Medical Examiner）、醫師與專科護理師得開立死亡證明，並有詳細規定何類人員得於何情形開立死亡證明；以醫院之死亡為例，醫院內受專科護理師及醫師照護之病患，如可能，應由專科護理師或是主治醫師在死亡事實發生後七十二小時內開立；醫院內受一般護理師及醫師照護之病患，如可能，應由主治醫師在死亡事實發生後七十二小時內開立；前述人員無可開立時，由法醫師（Medical Examiner）開立；法律並規定在印地安保留地（Indian reservation）內，若無郡法醫師可驗屍，部落之執法單位得以調查之職權撰寫並簽署死亡證明<sup>35</sup>。

## 二、英國

英國（United Kingdom）規定所有心肺功能衰竭死亡者，執行死亡確認者，應確認病人已經進入無可回復的心肺功能衰竭，且未明文規定何種醫療人員得確認死亡；死亡之觀察重點為呼吸停止、循環停止與無意識，在醫院可以心電圖、動脈輸液之脈動或是腦波圖做為輔助；在約五分鐘之觀察期後應檢查瞳孔反射、角膜反射與

---

<sup>34</sup> The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper* by the President's Council on Bioethics, 56-61 (2008).

<sup>35</sup> Arizona Revised Statute (A.R.S.) § 36-325 Death certificate registration; moving human remains; definition.

眶上壓力測試；確認死亡後不應執行可能回復腦部灌注之措施<sup>36</sup>。腦死之診斷標準為腦幹受到傷害之方式與程度已經造成心、肺、意識功能之不可回復性喪失；執行判斷者須兩位，且均為應為登記執業五年以上之醫師，且必須具備充足之腦幹功能測試能力，兩位之中必須至少有一位為顧問級醫師（Consultant）<sup>37</sup>；檢查應進行兩次，兩次檢查兩位醫師均必須在場。

英國醫學會（British Medical Association, BMA）於其死亡確認與授證指引（Confirmation and certification of death）中表示，英國法律不要求由醫師確認死亡的發生、不要求由醫師當場檢視屍體、不要求由醫師通報死亡之發生，但是在醫師照護下之病患死亡，醫師有義務開立死亡證明書<sup>38</sup>。英國皇家護理學會（Royal College of Nursing）並立有護理師確認死亡之指引，其中提到護理師得確認病人死亡，然死亡證明書之開立僅限醫師執行，且臨床上是否應執行死亡之判斷，應依照所屬單位之政策與規定執行<sup>39</sup>。

### 三、加拿大

加拿大（Canada）規定，死亡相關規定中以心死後器官捐贈為主者，死亡之事實應依照「可接受的醫療執業」之標準進行認定，死亡之確認須由兩位醫師進行，其中必須至少有一位持續觀察病患五分鐘，且為具相關技能與訓練之主治醫師級（Staff physician）醫師；在循環停止後，應持續觀察是否有可觸診及之脈搏、並持續監

---

<sup>36</sup> Academy of Medical Royal Colleges, *A Code of Practice for the Diagnosis and Confirmation of Death*, 17-21 (2008).

<sup>37</sup> 完成專科醫師訓練，具專科醫師資格，且登記執業項目為專科醫學者。

<sup>38</sup> British Medical Association, *Confirmation and Certification of Death*, 10, 12-13 (2018).

<sup>39</sup> Royal College of Nursing, *Confirmation or Verification of Death by Registered Nurses*, 18 (2018).

測血壓與呼吸，觀測應至少五分鐘，兩位醫師須共同記錄觀察之結果，方完成死亡之診斷；死亡後不應執行有可能促進腦部循環與灌注之措施；腦死之標準為不可逆之完全昏迷並合併所有腦幹功能之喪失，包含呼吸調節；執行判斷者須持有該地區有效醫師執照，且有足夠腦重傷與腦死相關知識與技能；執行判斷之兩位醫師應分別進行觀察與測試，但若兩位醫師同時在場，呼吸監測可以合併進行<sup>40</sup>。

#### 四、澳大利亞

澳大利亞 (Australia)，死亡相關規定中，以心死後器官捐贈為主者，規定以循環中止為宣布死亡之時間點，確認死亡者應以重症專長之醫師為佳，且不得為器官摘除、移植小組之醫師；臨床上，以不會移動、呼吸停止、皮膚血液循環停止、血液循環停止為標準，並應觀察二至五分鐘；徵象觀察以臨床觀測為主，以動脈內血壓監測為佳；在宣佈死亡後，器官摘除小組為避免肺臟之進一步傷害，可重新插管，並供應純氧；其他可能無意間促進腦部循環回復或心肌功能回復之措施，如心臟按摩或是呼吸器介入之使用應盡可能避免，直到器官摘除完成；腦死之標準為完全無反應之昏迷、缺乏腦幹反射、缺乏呼吸調節功能；腦死判斷則須由兩位醫療人員完成，人員資格詳細規定由各州地方政府規定，每個執行檢查之人員應分別獨立進行檢查<sup>41</sup>。

綜上可知，先進國家對於臨床上用於診斷死亡之方式、可判斷

---

<sup>40</sup> Dale Gardiner et al., *International perspective on the diagnosis of death*, 108 SUPPL 1 BR. J. ANAESTH. 14-28, 18 (2012).

<sup>41</sup> Australian and New Zealand Intensive Care Society, *The Anzics Statement on Death and Organ Donation*, 39-47 (3rd ed. 2008).

死亡之人員與人員數、診斷死亡所應觀察之時間等等均有不同：由於器官移植技術之進步，死亡後捐贈器官越來越常見，各國對於心死後之器官捐贈相關問題開始重視，其中死亡之判斷，自然成為規範之重點。各國規範重點無外乎「藉由明文化要求醫師觀察、執行多項檢查」以強化死亡之確信。各國對於心死或腦死器官捐贈之相關規定與判斷標準，亦可被視為各國對於死亡之觀點之最精細描述。甫自醫學院校畢業取得醫師資格之醫師可能不具備足夠之知識與臨床經驗進行複雜之判定，部分國家要求醫師須有相關之訓練、資格、職級，方可進行死亡之判斷或開立死亡證明書。在非器官捐贈等等需要精細、高度專業化之死亡判斷技術時，亦或在非醫師醫療人員之照護下時，部分地區並不將判斷死亡或開立死亡證明書之業務限由醫師執行。死亡之判定，與死因之判斷，尤其牽涉解剖與高度法律效果者，其從業人員限制以有醫師資格者為宜。

我國法醫師訓練採雙軌制，並非全部法醫師均有醫師資格<sup>42</sup>。然而，具非醫師者得解剖或判斷死因之部分國家，正在朝廢除相關制度進行改革，以建立由具醫師資格者為主力之法醫師制度。美、英、日等國之法醫師為具醫師資格者之進階訓練，所採為專科醫師模式<sup>43</sup>。美國法醫師（Medical examiners）為醫師（Physicians）、病理科醫師（Pathologists）或是法醫病理科醫師（Forensic

<sup>42</sup> 法醫師法第 4 條：「具有下列各款資格之一者，得應法醫師考試：一、公立或立案之私立大學、獨立學院或符合教育部採認規定之國外大學、獨立學院法醫學研究所畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書。二、公立或立案之私立大學、獨立學院或符合教育部採認規定之國外大學、獨立學院醫學、牙醫學、中醫學系、科畢業，經醫師、牙醫師、中醫師考試及格，領有醫師、牙醫師、中醫師證書，且修習法醫學程，並經法醫實習期滿成績及格，或經國內外法醫部門一年以上之法醫專業訓練，領有證明文件。前項第一款法醫學研究所應修課程，另以細則定之。」

<sup>43</sup> 潘至信、曾柏元、蕭開平，從世界各國法醫制度趨勢看我國法醫教考訓用制度，國家菁英，11 卷 2 期，頁 29-33（2015）。

pathologists)<sup>44</sup>，驗屍官 (Coroner) 則是選舉或是派任之公務人員，其可能非醫師，甚至沒有任何醫學訓練；驗屍官之職權範圍通常為一個郡 (County)；自 1877 年以來，美國有許多廢除驗屍官制度並以法醫師制度代替之主張<sup>45</sup>。國家科學院 (National Academy of Sciences) 發現驗屍官在死因鑑定之程序缺乏標準化，並提倡廢除驗屍官制度，並表示「已經明確的展現了其不能有效執行其慣例上應有之功能」。值得注意者，曾有判決特別提及麻薩諸塞州 (Massachusetts) 1877 年廢除驗屍官制度，紐約市 (New York City) 在 1915 年廢除驗屍官制度<sup>46</sup>。阿拉巴馬 (Alabama) 則已通過三個郡廢除驗屍官制度並建立法醫師制度；威斯康辛州 (Wisconsin)，人口在五十萬人以上之郡全面廢除驗屍官制度，人口在五十萬人以下之郡則可選擇廢除與否，並允許兩個或更多郡共同建立法醫師系統。美國現今有十六個州以及華盛頓特區 (Washington, D.C.)，採用集中法醫師制度；六州採用郡或區為基礎之法醫師制度；十四州採用郡為基礎之法醫師與驗屍官並存制度；十四州使用郡、區或教區為基礎之驗屍官制度；二十五州使用州政府公設法醫師之制度。

---

<sup>44</sup> 美國制度之法醫病理科醫師與我國法醫師英譯同為 Forensic pathologists，然從制度、教育、執照種類觀察，應屬不同職類，不應混為一談。同理，美國制度之 Medical examiners，中譯為法醫師，為觀察制度及執照之結果，亦不應直接與中文所稱法醫師視為相同。

<sup>45</sup> WERNER U. SPITZ & DANIEL J. SPITZ, SPITZ AND FISHER'S MEDICOLEGAL INVESTIGATION OF DEATH: GUIDELINES FOR THE APPLICATION OF PATHOLOGY TO CRIME INVESTIGATION 378-415 (4th ed. 2006).

<sup>46</sup> Senior v. Boyle, 221 N.Y. 414 (N.Y. 1917).



## 陸、結論與反思

### 一、我國法院對於親自驗屍義務，已然採用實質掌握原因之解釋，而不以當面驗屍為必要

依照現行規範，我國醫師為驗屍義務之主體。驗屍義務之執行，法規上限親自執行，方可開立死亡證明書或死產證明。觀察判決，臺灣士林地方法院認為，依醫院急診流程，未曾參與急救或是驗屍之行政主管醫師對在經值勤醫師開立之死亡證明書上簽章之作為，僅係核對該證明書上所載事項與病歷內容無訛即足；臺灣高等法院並認為，醫師法第 11 條之 1 之立法意旨在於規範醫師應在能依醫學專業確定死亡之事實，並臆斷死亡原因之條件下，始得交付死亡證書<sup>47</sup>。由判決觀察，我國法院對於親自驗屍義務，已然採用實質掌握原因之解釋，而不以當面驗屍為必要。惟法醫學將死亡分為自然死、自殺、他殺及意外死亡<sup>48</sup>，因為死亡原因的判定是法醫師的專業領域，歐美先進國家只有法醫師能開立死診，然而，我國每年約有四萬件的案件則因法醫師的人數不足，無法負荷此大量業務，只好由臨床醫師來執行「自然死」之「行政相驗」，而自殺、他殺及意外死亡則由法醫師會同檢察官「司法相驗」，此為我國特殊的制度。

### 二、死亡之判斷分為事實確認與原因判定

如前述，本文認為死亡之判斷有兩部分，一為死亡事實之確

<sup>47</sup> 醫師法第 11 條之 1：「醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。」

<sup>48</sup> 季達（註 1），頁 43。

認，一為死亡原因之判定，不同情形，其所複雜進而困難之部分有所不同。以器官捐贈之病患而言，死亡事實之確認較為複雜，而死亡原因之判斷可能已為醫院與醫師所知。然死亡事實與時間之精確判斷方能確定器官之摘取不造成捐贈者之死亡。以有牽涉犯罪之可能，進而需要司法相驗者而言，死亡之事實已臻明確，而死亡原因之判斷為需要相驗專業之所在。若病患年事已高，有較高之機率會有多重器官衰竭之自然死亡，且發現病患死亡時已經有明確之死亡徵象等，則屬單純之情形。各種情形所需之專業，有所不同。

以目前國內的實務現況而言，在家猝死亦可能是因染疫身亡，在考量醫療專業與防護裝備下，自應由衛生局為相驗最為妥適。若發生猝死之情況就有疑為非病死的可能性，則應進行司法相驗。然而，對於猝死者，是否應一律由司法相驗，實有再加討論之餘地，此類問題使行政相驗與司法相驗之界限更加模糊。更甚者，以猝死之情形而言，若屬衛生機關所能掌握為各類疾病居家檢疫、隔離中猝死等情形，就應為行政相驗，非此情況下才再行司法相驗，方為合理。

### 三、宜以具醫師資格之法醫師為司法相驗主力，屍體相驗回歸法醫師專業進行

依我國的現行法規，每名臨床醫師皆有權責行政相驗，然而為避免法律糾紛，臨床醫師皆避之唯恐不及。誠然，臨床醫師的專業在診治各系統疾病，並不在法醫學，即使是病人的長期主治醫師，在病人臨終時，該醫師因沒有全程參與過程，也不願遽下斷語。倘若病人在送急診途中或急救之後死亡，急診醫師因為不熟悉該病人，就更不願意開立死診，因此各級醫院轉給衛生所來開立證書。

對於不同情形所造成之所需專業程度與項目不同，應如何規

定方為合理，外國之法醫制度可供我國參考。從美國法醫制度中可發現，美國時至今日已經大致已形成，負責死因調查程序由未必具醫學專業之人員執行，而進行解剖和其他醫學相關操作則由具備醫學專業人員執行，但美國各地法醫制度面對的最大障礙是預算和人力的不足。反觀我國的法醫制度雖仍有類似醫學專業與法醫學專業的爭論，但法醫制度採取一元化的規範，由國家法律《法醫師法》統一規定法醫師的資格，相較於美國各自為政的制度，我國似乎比較有利於公衛統計，而美國複雜多樣的法醫制度規範方式，卻造成了公共衛生部門準確統計死因的困難。據此觀之，我國法醫制度運作的情況較美國多數地區更加順暢。

本文認為，我國規定更可以延伸，使醫師得以專科護理師或急救技術員之判斷，透過通訊方式診斷死亡，或立法使專科護理師可以判斷死亡。本文見解，行政相驗者，如在長期照護機構或一般在宅中死亡，已死亡數日或死亡徵象明顯者，且無明顯複雜之死亡原因者，所需執行之行政相驗得由醫師或是專科護理師進行，若牽涉到可能為自殺等較為複雜之情形，則由法醫病理科專科醫師進行相驗或是解剖，方為妥善。本文認為，司法相驗應緊縮資格，限由具醫師資格之法醫師執行。因此，我國應維持法醫師法立法時之政策方向，以具醫師資格之法醫師為司法相驗之主力，讓屍體相驗回歸法醫師專業處理。<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> 洪政武，台灣醫界對法醫師法立法之疑慮，臺灣醫界，5卷52期，頁10-12（2009）。

## 參考資料

- 王崇儀 (2009)。法醫師法論。宇河文化出版有限公司。
- 季達 (2017)。基層醫師「行政相驗」甘苦談。臺灣醫界，60(12)，43。
- 林宜民 (2005)。依新修正刑事訴訟法論法庭活動：以鑑定為中心。司法研究年報，25(15)，4。
- 洪政武 (2009)。臺灣醫界對法醫師法立法之疑慮。臺灣醫界，5(52)，10-12。
- 陳欣怡 (2008)。論相驗與死因鑑定。國立中正大學法律所。
- 潘至信、曾柏元、蕭開平 (2015)。從世界各國法醫制度趨勢看我國法醫教考訓用制度。國家菁英，11(2)，25-42。
- 蕭開平 (2004)。法醫鑑定概論。萬國法律，137，頁 45。
- Academy of Medical Royal Colleges. (2008). *A Code of Practice for the Diagnosis and Confirmation of Death*.
- Australian and New Zealand Intensive Care Society. (2008). *The Anzics Statement on Death and Organ Donation* (3rd ed.).
- British Medical Association. (2008). *Confirmation and Certification of Death*.
- Gardiner, D., Shemie, S., Manara, A., & Opdam, H. (2012). International perspective on the diagnosis of death. *Anaesth. British Journal of Anaesthesia*, 108 Suppl 1, 1-14.
- Royal College of Nursing. (2018). *Confirmation or Verification of Death by Registered Nurses*.
- The President's Council on Bioethics. (2008). *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council*

*on Bioethics.*

Spitz, W. U., Spitz, D. J., Clark, R., & Fisher, R. S. (2006). *Spitz and Fisher's Medicolegal Investigation of Death: Guidelines for the Application of Pathology to Crime Investigation* (4th ed.). Charles C Thomas Pub Ltd.

