

醫療法第 106 條 2014 年修法後醫療暴力相關判決之實證分析

廖仁鐸*

目次

- 壹、前言
- 貳、研究背景：醫療暴力作為職場風險與醫療法近期修正
- 參、研究方法及設計
- 肆、研究結果
 - 一、判決資訊統計
 - 二、醫療基礎事實統計
 - 三、相關圖表
- 伍、相關結果討論
 - 一、發生年度
 - 二、發生地點
 - 三、醫院等級
 - 四、暴力類型
 - 五、刑度
 - 六、緩刑
 - 七、醫療暴力趨勢
- 陸、結論與限制

* 臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所碩士生

摘要

為瞭解醫療法 2014 年修正後我國醫療暴力案件的發展現況，本研究以「醫療法第 106 條」為關鍵字，蒐集 2014 年 1 月至 2022 年 2 月 25 日間共 743 則醫療暴力判決，進行以敘述性統計為主的量化分析。研究結果發現，所有判決平均刑度約為 76 天，中部地區案件數居冠（130 件），醫院層級則以區域醫院最多（342 件）。另外超過 6 成受暴人數為護理師，發生地點過半發生在急診室。暴力方式則以單純肢體暴力佔多數（345 件），其次為單純言語暴力（314 件）。而在影響刑度因素部分，唯一有顯著影響的因素為發生地點（ $F=3.5$ ， $p=0.01$ ），案件發生在門診之平均刑度（86.7 天）會明顯高於病房（72.6 天）以及急診（71.8 天）。而在緩刑結果部分，96.8%的緩刑案件為非累犯，其中同樣以肢體暴力之案件比例最高（90 件，58%）。上述發現呈現醫療暴力判決數量近年進入高原期，這可能凸顯醫療暴力情形並未獲得明顯改善，但也可能是反映越來越多人願意就醫療暴力案件提出爭訟，究竟具體原因為何，有待後續研究進行更深入探究。

關鍵字：醫療暴力、肢體暴力、言語暴力、醫療法第 106 條、敘述統計

An Empirical Analysis of Medical Violence-Related Judgments Following the 2014 Amendment of Article 106 of the Medical Act

Liao, Jen-To *

Abstract

To understand the status of medical violence cases in our country following the 2014 amendment of the Medical Care Act, this study used “Article 106 of the Medical Care Act” as the keyword to collect a total of 743 medical violence-related judgments from January 2014 to February 25, 2022. Descriptive statistics of these cases revealed that the average sentence for all judgements was 76 days. Geographically, the region with the highest number of cases is central Taiwan (130 cases). Regional hospitals reported the highest number of cases among healthcare institutions (342 cases). Additionally, over 60% of the victims were nurses, and more than half of the incidents occurred in emergency departments. Physical assaults were the most common form of violence (345 cases), followed by verbal abuse (314 cases). The only significant factor affecting sentencing was the location of the incident ($F=3.5$, $p=0.01$), with violence in outpatient departments receiving higher average

* Master of Technology, Graduate Institute of Health and Biotechnology Law, Taipei Medical University

sentences (86.7 days) compared to wards (72.6 days) and emergency departments (71.8 days). Regarding probations, 96.8% involved first-time offenders, with the majority committing physical assaults (90 cases, 58%). These findings indicate that the number of medical violence cases has plateaued in recent years. This could indicate that the situation hasn't significantly improved or that there is an increasing willingness among victims to pursue legal action in medical violence cases. However, further research is necessary to understand the specific reasons behind these trends.

Keywords: Healthcare violence, physical violence, verbal violence, Medical Care Act Article 106, descriptive statistics

壹、前言

在我國，醫療暴力是個受到長期關注的議題，即使於新冠肺炎（Covid-19）疫情期間，醫療暴力的議題也不時佔據新聞媒體版面，如 2021 年 5 月 31 日三級警戒期間部立雙和醫院患者持刀砍傷急診護理師事件¹、2021 年 6 月 1 日仁愛醫院確診者毀損病房事件²、以及 2022 年 4 月 11 日新店慈濟醫院遭遇醉漢因未戴口罩遭勸導不聽毆打急診室保全等事件³。

上述的媒體報導，僅碰觸到我國醫療暴力事件的冰山一角。根據台灣病人安全通報系統（Taiwan Patient-safety Reporting system，TPR）統計年報統計顯示，在醫院治安事件中，關於言語或肢體衝突案件，於 2016 至 2020 年間的回報數分別為 327、310、146、399、

¹ 新聞內容：「110 年 5 月 31 日間雙和醫院 11 樓負壓隔離病房的 62 歲洪姓新冠肺炎確診病患，於當日上午 7 時許疑似情緒不穩，持刀攻擊 3 名護理師，造成 23 歲施姓女護理師腹部刀傷送開刀治療、25 歲陳姓女護理師胸部、右手刀傷、27 歲蔡姓女護理師腹部刀傷。」

李錫璋，雙和醫院 3 護理師遭確診患者砍傷 1 人住院、1 人需復健半年，中央通訊社，2021 年 6 月 2 日，<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202106020122.aspx>（最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日）。

² 新聞報導：「71 歲陳翁確診新冠肺炎，於 110 年 6 月 1 日晚間因頭痛、失眠而於至急診就醫。不料其於凌晨 3 時 30 分不滿安眠藥效不佳，竟情緒激動持木棍破壞組合屋玻璃，警方獲報到場立即奪下木棍將其制伏，後經查其於 5 月 21 日遭台北地檢署因傷害罪通緝。」

張銘坤，「仁愛醫院確診通緝犯鬧事擅離 警萬華逮人返院」，中央通訊社，2021 年 6 月 2 日，<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202106025002.aspx>（最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日）。

³ 事件報導：「凌晨兩點多，新北市一名李姓男子，和朋友喝完酒後，開車載著妻子前往新店慈濟醫院就醫，但因為沒有戴口罩，醫院保全好心勸導，結果，男子不但惡言相向，還施暴、把保全打倒在地，就連醫護人員來勸阻，也被毆打，一起醫療暴力，造成六名醫護人員和兩名保全受傷。」林彥君、黃柏榕，譴責醫療暴力！2 醉漢沒戴口罩痛毆急診室保全，民視新聞網，2022 年 4 月 11 日，<https://reurl.cc/ednLAM>（最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日）。

和 365 筆⁴，雖然中間有小幅下降，但是整體而言呈現上升趨勢，另外依據衛生福利部公告⁵，2018 和 2019 年全國醫療機構通報醫療事件分別有 399 件和 353 件，光這兩年間有通報的件數即突破 700 件。

醫療暴力事件在我國的層出不窮，凸顯出一個值得深究的實證法學 (empirical legal studies) 問題：亦即，我國在距今不遠的 2014 與 2017 年，分別因應社會對醫療暴力事件的關注，兩次修正醫療法第 24 與 106 條，希望強化刑法手段對醫事人員面臨醫療暴力的保障⁶，在這兩次修法後，我國醫療暴力事件的現況為何？是否如上述年報中數據所呈現，醫療暴力事件的數量在修法後仍持續增加，其具體的趨勢走向為何？

為回答此一問題，本文以 2014 年醫療法修正後之法院醫療暴力判決為資料範圍，嘗試蒐集所有涉及醫療法第 106 條之判決加以統計分析，並透過統計方法（主要為敘述統計），分析醫療暴力自修法後，進入法院判決之各種相關資訊，包含件數、發生地點、被施暴對象、刑度等，以期能夠更加了解在修法後，是否有特定態樣之案件較容易進入司法程序，法院在決定刑度時，又是否會受到哪些因素的影響。

⁴ 台灣病人安全通報系統 2020 年年報，政府資訊公開，衛生福利部，<https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/List01.aspx?SiteID=1&MmmID=621273303702500244>。

⁵ 行政院公報，政府資訊公開，25 卷 143 期，2019 年 7 月 31 日，衛福部醫字第 181661779 號公告。

⁶ 這兩次修法，在立法過程受到的阻力並不多，雖有學者提出批判，認為相關修法在既有的刑法體系下另外增加重複規定，顯得疊床架屋，但整體而言獲得了各界的支持。關於學界的批評，參閱鄭逸哲，啥也沒修的「修法」鬧劇——簡評醫療法新第 106 條「王貴芬條款」，軍法專刊，60 卷 1 期，頁 120-129 (2014)。

貳、研究背景：醫療暴力作為職場風險與醫療法近期修正

依據美國聯邦政府職業安全與健康局（Occupational Safety and Health Administration, OSHA）所公布之醫療與社工職場暴力預防指引（Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers），醫療暴力屬於職場暴力（workplace violence）⁷的一種，而依據美國疾管局國家職業安全衛生研究所（National Institute for Occupational Safety & Health, NIOSH）的定義，職場暴力又係指於工作中或執行職務時之人員所為的任何暴力行動，包含肢體攻擊與口語威脅，其來源也不限定於醫療人員之間的暴力行為，病患、甚至其家屬或親友對醫療人員之暴力行為，亦屬於醫療暴力之範疇。

不論在我國或其他國家，醫療暴力現象均層出不窮，依據國際勞工組織（International Labour Organization, ILO）以及世界衛生組織（World Health Organization, WHO）報告指出，全球超過一半以上的醫護人員有醫療暴力的經驗，而在某些地區更高達六成（泰國 54%、南非 61%）⁸。另外據美國數據統計顯示，在美國醫療機構中發生醫療暴力之行為是其他職場中的 4 倍之多，而在醫療機構中，又以急診室以及加護病房之比例居冠，其中急診室護理人員有高達 97% 曾經遭受過言語辱罵，94% 遭受過暴力威脅，更有高達 66% 受過肢體攻擊⁹。在近年針對美國急診單位的研究發現，該研究期間中，平均一天會發生 0.85 件醫療暴力案件，其中言語暴力佔總案件 44%，涉

⁷ 梁志鳴，醫療暴力風險行政管制策略分析，萬國法律，206 卷，頁 19-38（2016）。

⁸ New Research Shows Workplace Violence Threatens Health Services, 10 May 2002, World Health Organization (2012).

⁹ Gabor D. Kelen & Christina L. Catlett, *Violence in the Health Care Setting*, 304 JAMA 2530, 2530-31 (2010).

及肢體暴力的則有 22%¹⁰。而在瑞典，亦有研究針對外科病房護理師，經問卷調查後發現，在近一年中，高達 28.8%醫護人員曾遭受言語霸凌，更有 24.2%曾遭受肢體暴力¹¹，可見醫療暴力即使到現在，仍時常發生。

醫療暴力事件常常也延伸至院外的緊急醫療人員，文獻指出澳洲有 87%的緊急救護人員 (paramedics) 曾遭受肢體或語言暴力 (其中遭受言語暴力者達 82%¹²)，而在美國與瑞士則分別有高達 90%和 80%的緊急救護人員遭受過暴力事件¹³。

在我國，依據衛福部醫事司之統計資料¹⁴，自 107 年至 110 年間，醫療暴力之通報案件中，醫療暴力通報件數最高者為高雄市 233 件，其次依序為為臺北市 232 件、臺中市 160 件、新北市 143 件，另有研究¹⁵將 2016 年至 2020 年之醫療暴力判決進行統計，發現醫療暴力判決最多之縣市為臺北市，依序為臺中市、新北市、桃園市，皆為六都直轄市。而曾有研究就中部某醫學中心進行統計，發現在一年內即有 351 位醫事人員遭受言語暴力，115 位遭受肢體暴力¹⁶。依

¹⁰ Marla C. Doehring et al., *Exploring Verbal and Physical Workplace Violence in a Large, Urban Emergency Department*, 67 AM J. EMERG. MED. 1, 1-4 (2023).

¹¹ Jenny Jakobsson et al., *Exploring Workplace Violence on Surgical Wards in Sweden: A Cross-Sectional Study*, 22 BMC NURSING 1, 4(2023)(Article number 106).

¹² Malcolm Boyle et al., *A Pilot Study of Workplace Violence Towards Paramedics*, 24 EMERG. MED. J. 760, 762 (2007).

¹³ Pozzi C., *Exposure of Prehospital Providers to Violence and Abuse*, 24 J. EMERG NURS. 320,320 (1998); Björn-Ove Suserud et al., *Experiences of Threats and Violence in the Swedish Ambulance Service*, 10 ACCID. EMERG. NURS. 127, 129-130 (2002).

¹⁴ 醫療暴力 北市排名第 2，台灣新生報，2022 年 8 月 12 日，<https://tw.news.yahoo.com/news/醫療暴力-北市排名第2-131033500.html> (最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日)。

¹⁵ 陳信儒、陳亮甫，醫病關係惡化或改善？統計數據下「醫療暴力」的現狀，法律白話文運動，2021 年 04 月 07 日 <https://opinion.udn.com/opinion/story/10043/5342535> (最後瀏覽日：112 年 3 月 10 日)。

¹⁶ 林霏儀、黃麗華，某醫學中心護理人員職場暴力發生率及其相關因素探討，秀傳醫學雜誌，15 卷 3、4 期，頁 79-91 (2016)。

據「臺灣病人安全通報系統」自 2009 年至 2014 年期間的統計分析，發生於醫院（含精神科醫院）急診室的傷害行為有急診室情境曾經耳聞或目睹同事遭到語言暴力者高達 98.7%，曾經耳聞或目睹同事在急診室內遭受肢體暴力者則亦有 91.5%，更甚者，曾親身經歷過言語暴力者有 92%，而實際親身經歷肢體暴力為 31.7%¹⁷，足見醫療暴力於我國嚴重之程度。

醫療暴力不僅會在當下造成財產或身體健康的損害，更常常會造成醫護人員身心靈的長期創傷。據美國國家職業安全 and 健康研究所指出，當暴力事件發生後，受暴人員除了產生身體損傷、暫時或永久性的身體失能及精神心理傷害之外，亦可能對機構組織運作產生負面效果，如降低工作人員士氣、工作壓力增加、增加人員流動率。另外亦有研究指出，醫護人員當遭受暴力後，其心理、生理、社會、認知會產生負面影響，容易出現的情緒有生氣、焦慮、恥辱感、挫折感、哭泣、無助感、怨懟、令人困窘、無力感和害怕回到工作等不良情緒反應¹⁸。曾遭受過醫療暴力的護理師也較容易會有心情低落的問題，較易想不開，且容易有曠職以及想轉換工作等情形¹⁹，曾受到醫療暴力的護理人員在照顧病患上也較容易傾向拒絕再照顧該名病患，或是更容易有疏失的情形發生，而對醫療品質和病人安全造成負面影響²⁰。

上述背景現象凸顯出醫療暴力對世界各國來說，都是一個重要

¹⁷ 趙修華，醫療暴力之法律規範與應處作法，台北榮民總醫院學訓，255 期，頁 1-10（2018）。

¹⁸ Ozge Uzun, *Perceptions and Experiences of Nurses in Turkey about Verbal Abuse in Clinical Settings*, 35 J. NURS. SCHOLARSH. 81, 82-83(2003).

¹⁹ Gordon Lee Gillespie et al., *Posttraumatic Stress Symptomatology Among Emergency Department Workers Following Workplace Aggression*, 61(6) WORKPLACE HEALTH SAF. 247, 250-252(2013).

²⁰ Donna M. Gates et al., *Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity*, 29(2) Nurs Econ. 59,63-64 (2011).

的社會問題。為保障醫事人員免於醫療暴力之威脅，我國分別於 2014 年及 2017 年兩次修正醫療法第 106 條，其中以 2014 年修正幅度最大。在醫療法修正之前，醫療法僅規範若醫療暴力有觸犯刑法者，應移送司法機關並回歸刑法辦理，然而於 2013 年，因發生相當著名的王貴芬掌摑事件²¹，引起社會大眾及立法者關注，認為當時之醫療法規範有所不足，便促成 2014 年之修法，正式將醫療暴力之處罰態樣明定於醫療法中（2014 年及 2017 年修法前後條文對照參見下表 1）。

2014 年之修正條文除新增於醫事人員執行醫療業務時，施以強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務之處罰態樣外，亦增加加重結果犯之處罰，而立法定理由亦載明該次修法係「為維護醫療環境與醫護人員執業安全、改善醫病關係，爰參酌刑法第 135 條第 1 項妨害公務罪及第 304 條強制罪之法定刑所增訂」。而在立法委員討論時亦指出，此項修正除了是要反對醫療暴力，使醫病關係達到平衡外，另外也是使公權力介入精神徹底落實在醫療院所的反暴力行為裡面。而後於 2017 年時，為使醫療法規範醫療暴力之規範更加周全，國會再次對醫療法第 106 條進行小幅度修正，為擴增對醫護人員安全之保障，將施行緊急救護之緊急救護技術人員亦納入本法之保障範圍，並將「恐嚇或其他非法之方法」列入保障處罰要件。

²¹ 2013 年 11 月間，桃園縣蘆竹鄉代王貴芬因親友生病住院，以電話向醫院詢問病情，護理師基於保護病患個人隱私，遂請王貴芬直接到院詢問，詎料，王貴芬到院後竟接續掌摑該名護理師之兩側臉頰，因而引發社會爭議，立法院於 103 年 1 月 14 日三讀通過俗稱「王貴芬條款」之醫療法第 24 條、第 106 條修正案，以保障醫護人員能在免於醫療暴力之環境中執行醫療業務，並維護就醫安全。又有護理師被揍！確診男打完人逃回家中 警方大喊別動，中廣新聞網，110 年 6 月 4 日，<https://tw.news.yahoo.com/%E5%8F%88%E6%9C%89%E8%AD%B7%E7%90%86%E5%B8%AB%E8%A2%AB%E6%8F%8D-%E7%A2%BA%E8%A8%BA%E7%94%B7%E6%89%93%E5%AE%8C%E4%BA%BA%E9%80%83%E5%9B%9E%E5%AE%B6%E4%B8%AD-%E8%AD%A6%E6%96%B9%E5%A4%A7%E5%96%8A%E5%88%A5%E5%8B%95-092022817.html>（最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日）。

表 1：醫療法歷次修正對照表

	修法前	2014 年版 (1 月 29 日公布)	2017 年版 (5 月 10 日公布)
第 1 項	違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。其觸犯刑法者，應移送司法機關辦理。	違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。	未修正
第 2 項		毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。	未修正
第 3 項		對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。	對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、 <u>恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者</u> ，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。
第 4 項		犯前項之罪，因而致醫事人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。	犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。

資料來源：作者製表

在 2014 年與 2017 年兩次修法後，曾有陳信儒與陳亮甫醫師統

計 2016 年至 2020 年全國各地檢署之醫療暴力案件，發現偵結案件呈現上升趨勢，起訴率逐年下降，有罪判決的案件數量則逐年上升²²。該研究並發現違反醫療案件之起訴率雖在 2016 年高達 6 成，惟從 2017 年後皆僅約落在 4 至 5 成，而有罪案件判決件數呈現上升趨勢，到 2018 年後每年皆約有 100 至 150 件判決。這些統計數字反映出即使在近幾年新冠疫情肆虐下，雖然門診、急診、住院之看診量皆有下降，惟定罪的醫療暴力事件仍持續向上增加。而在這些判決中，起訴後定罪率高達 94%，刑度平均為 2.58 個月，發生地點以急診室為大宗（59.4%），受暴對象則以護理師佔多數（49.6%）。而後又有研究亦將判決進行統計分析，其另將刑度依照拘役以及有期徒刑分類，發現於 2017 年醫療法第 106 條第二次修法前拘役刑度為 36.19 日，有期徒刑刑度為 3.395 月（約 102 天），而修法後，有期徒刑刑度則為 3.244 月（約 97.3 天），而發生案件之醫院以區域醫院佔多數、醫學中心次之，被施暴對象則以護理人員佔多數（60%），醫師則次之（32%）²³。

參、研究方法及設計

陳信儒與陳亮甫醫師的上述數據，使用地檢署之偵查資料做統計（如醫療暴力案件年度偵結數目、違反醫療法案件起訴率及件數等統計數目），做出了非常珍貴的觀察。但在法院案件部分，其主要呈現總體的案件趨勢，而並未對醫療暴力態樣之分布，以及施暴對象、類型、甚至是發生的時間點等細部資料進行觀察，觀察年分也相

²² 陳信儒、陳亮甫（註 15）。

²³ 陳侑庭、廖建瑜，醫療暴力案件法院判決之實證研究——從 2014 年至 2023 年醫療法第 106 條刑事判決分析，月旦醫事法報告，79 期，頁 156（2023）。

對有限。

為進一步拓展我國法學界對醫療暴力事件實務運作現況的理解，本研究以 2014 年醫療法第 106 條修正後之法院醫療暴力判決為研究範圍，將判決搜尋範圍擴大至 2014 年 1 月至 2022 年 2 月 25 日，並加入地點、施暴對象、暴力型態、醫院等級、所在區域等變項，以對我國各地方法院之醫療暴力刑事案件判決做系統性之分析以及回顧，期盼能夠透過此分析研究，來更加了解目前現行司法實務上對醫療暴力處理之情形，並藉由此項結果觀察現行法規對醫療暴力事件之可能影響。

本研究之分析將以描述性統計為主，並在其中加入些許初步之推論性統計，將所蒐集之醫療暴力判決之各項資訊，以圖表及描述資料的特徵呈現。本研究蒐集之資料變項包含兩大類：一為案件之相關**判決資訊**（例如：判決所需時間、刑度、是否緩刑等），另一則為案件之相關**醫療暴力事實**（例如：發生年分、地點、受暴對象等）。

而在資料檢索的部分，本研究將以司法院法學資料檢索系統作為主要之判決搜尋軟體，該系統能與起訴書進行連結，補充判決書有些資訊記載不足之情形。本研究也同時輔以其他民間判決蒐尋軟體（如法源、Lawsnote 等），以及法務部起訴書查詢系統，以使資料更臻完備。

因醫療暴力於醫療法第 106 條修訂前，多以刑法相關條文論罪，如傷害、公然侮辱等，為求搜尋便利，本文以「醫療法第 106 條」為關鍵字（相關類似之詞彙如醫療法 106、醫療法 106 條等皆一併進行搜尋），「裁判」為搜尋類別，不設定時間，嘗試檢索符合條件之刑事判決，後續再以人工進行篩選，將非屬本研究研究對象（例如：不涉及實體案件討論之判決、未使用醫療法第 106 條）之判決刪除後，再對判決相關資訊進行標記和整理。

為求統計之一致性，本文將醫療暴力之定義限縮為：「對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者；**包括所有肢體、語言攻擊、威脅、強迫、恐嚇與各種形式的騷擾**²⁴」，因此，於本文中將醫療暴力分為肢體暴力（如：毆打、抓傷、拳打、腳踢等）以及語言暴力（如：霸凌、恐嚇、干擾等）兩大類。此外關於院外暴力事件（如針對緊急醫療救護人員之事件），雖仍屬醫療法第 106 條處罰之態樣，惟經查詢判決後，發現僅有 8 例共 9 人（其中一案 2 人）涉及對緊急救護技術員施暴之案件（表 2），且其與院內暴力態樣差異甚大，因此本文於統計中將其先行排除。

²⁴ 臺灣高等檢察署，珍惜醫療資源，拒絕醫療暴力，2021 年 6 月 10 日，<https://www.tph.moj.gov.tw/4421/4475/632364/877816/>（最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日）。

表 2：緊急救護技術員遭受醫療暴力案例表

年份	法院	字號	施暴對象	暴力類型	刑度(日)	酒精	累犯	緩刑(年)
104	新北	104 年度簡字第 6281 號	EMT	肢體	50	是	否	否
108	臺中	108 年度中簡字第 754 號	EMT	肢體	60	是	否	2
106	南投	107 年度審易字第 92 號	EMT	肢體	60	否	否	否
108	臺中	108 年度簡字第 609 號	EMT	肢體	60	是	否	2
109	高雄	110 年度簡字第 1706 號	EMT	肢體	60	是	否	2
106	嘉義	106 年度嘉簡字第 825 號	EMT	肢體	90	是	是	否
109	苗栗	110 年度苗簡字第 99 號	EMT	肢體	90	是	是	否
110	雲林	110 年度簡字第 119 號 (1)	EMT	肢體	120	是	否	2
110	雲林	110 年度簡字第 119 號 (2)	EMT	肢體	120	是	否	否

【註】EMT 為緊急救護技術員 (Emergency Medical Technician) 之縮寫。

資料來源：作者製表

肆、研究結果

本研究符合上述醫療暴力條件之判決共有 743 則，案件數共計 698 件，本研究以人工方式逐案標記本文所欲觀察之變項，並將統計結果彙整成表，相關變項具體包含：法院名稱、發生年分、醫院所在地、醫院層級、發生地點、受暴對象、暴力類型、發生時點、耗時、判刑刑度、是否獲緩刑處分、累犯與否以及是否上訴等。本段以下，首先介紹相關判決資訊，如判決法院、是否緩刑、耗時、刑度等，第二部分則就相關醫療暴力事實進行統計，如暴力發生地點、醫院層級、受暴對象等內容，最後再就上述結果進行初步分析與探討。

一、判決資訊統計

(一) 判決法院

若以法院名稱分類，其統計數量如表 3 及圖 1，就本文所蒐集之結果中可以發現判決中以臺中地方法院之案件最多，有 130 件（17.5%），其次則為臺北地方法院 82 件（11%），其餘法院則依序為士林地方法院 59 件（7.9%）、新北地方法院 51 件（6.9%）、桃園地方法院 70 件（9.4%）、新竹地方法院 34 件（4.6%）、苗栗地方法院 10（1.3%）、臺中地方法院 130 件（17.5%）、彰化地方法院 35 件（4.7%）、南投地方法院 11 件（1.5%）、雲林地方法院 22 件（3%）、嘉義地方法院 39 件（5.2%）、臺南地方法院 45 件（6.1%）、高雄地方法院 34 件（4.6%）、橋頭地方法院 28 件（3.8%）、屏東地方法院 33 件（4.4%）、臺東地方法院 4 件（0.5%）、花蓮地方法院 11 件（1.5%）、宜蘭地方法院 19 件（2.6%）、基隆地方法院 15 件（2%）、澎湖地方法院 6 件（0.8%）、金門地方法院 5 件（0.7%）、連江地方

法院則無醫療暴力判決之案件（0%）。

（二）緩刑與否

緩刑與否得從判決主文中進行觀察，整體而言，經法院宣告得緩刑之案件僅占 154 例，約為 2 成（20.7%）（參見表 3、圖 10），與累犯之比例類似，可推測多數法院對於醫療暴力之案件較不願給予緩刑，寧願選擇以其他方法替代懲戒。

（三）耗時

關於訴訟所需時間（參見表 3），本文以案件發生之時間至宣判之時間計算。因並非所有判決之起訴日期皆會記載於判決內文中，為避免有過多遺漏導致統計不精確，故以案發時間做為起算日。經統計，從案件發生到完成偵查、起訴、審判等程序所需時間最短僅 32 天，約 1 個月，最長則需 1134 天，約 3 年，而所有判決平均耗時則為 304 天（ 303 ± 179.6 ），約 10 個月。若進一步以年作為分類，則從表 3 中可以發現 1 年內宣判之案件有 533 件，佔約 7 成（71.7%），1~2 年之案件僅 191 件（25.7%），而 2 年以上者極為少數，僅約 19 件（2.6%）。由此可發現多數案件均可在 1 年內做出判決，與平均數相當。

（四）刑度

在所有醫療暴力有罪判決之刑度中，最低僅處以拘役 10 天，而最長有期徒刑可高達一年之久。所有判決之平均刑度為 76 天（ 76 ± 46.3 ），明顯與醫療法第 106 條之最高刑度 3 年差距甚遠，而多數法院判決之刑度落在 60 日及 90 日，分別佔 214 件（28.7%）及 215 件（28.8%），兩者即佔所有判決一半以上，由此可知法院在刑度

上有相當程度之一致性。

(五) 是否為累犯

累犯之判斷由判決主文中所觀察，從所統計之判決中（表 3、圖 9）可以發現累犯僅占 161 起案件，約占 2 成之比例（21.7%），整體來說比例仍相當懸殊，可見醫療暴力案件仍多以初犯或是非累犯為大宗。

(六) 上訴率

在上訴率部分（圖 11），醫療暴力案件經一審判決不服提起上訴之案件共有 110 件，上訴率約為 14.7%，上訴比例相較其他案件類型，並不算高。而在所有上訴判決中，判決駁回案件達 85 件，駁回率比例佔所有上訴判決案件 78%，比例近 8 成，而就剩下 25 件未駁回之案件中，僅有 5 件二審之結果為對於更加不利，其餘案件中有 3 件從有罪改判無罪，2 件改判免刑，3 件雖然案件刑度並未變更，惟於判決中增加緩刑之處分，剩餘 12 件則均為減輕刑度。

二、醫療基礎事實統計

(一) 案件發生年分

首先從案件發生年分來觀察（表 3、圖 3），案件最多發生在 107 年間，有 157 件（21.1%），其次則為 108 以及 109 年間，數量相近，為 143 件（19.2%）以及 139 件（18.7%），其餘年分則為 103 年 32 件（4.3%）、104 年 42 件（5.7%）、105 年 83 件（11.2%）、106 年 110 件（14.8%）、110 年 37 件（5%）。

（二）案件發生地

因部分地區會有一縣市被劃分在數個法院管轄之情形，故為確認其醫院之所在地，本研究以醫院實際所在之地理區進行分類，經統計後如表 4 及圖 2，我們可以發現醫療暴力之發生地以臺中市為最多，有 131 件（17.6%），其次為臺北市 121 件（16.3%），而其它縣市則為新北市 75 件（10.1%）、宜蘭縣 19 件（2.5%）、基隆市 11 件（1.5%）、桃園市 67 件（9%）、新竹縣 35 件（4.7%）、苗栗縣 10 件（1.3%）、彰化縣 35 件（4.7%）、南投縣 11 件（1.5%）、雲林縣 22 件（3%）、嘉義縣 39 件（5.2%）、臺南市 45 件（6.1%）、高雄市 65 件（8.3%）、屏東縣 34 件（4.6%）、臺東縣 3 件（0.4%）、花蓮縣 12 件（1.6%）、澎湖縣 6 件（0.8%）、金門縣 5 件（0.7%）。而若將其以北中南東區分，北部地區則有 328 件（44.1%）、中部則為 209 件（28.1%）、南部則為 180 件（24.2%），東部及離島地區則為 26 件（3.5%），整體而言大致上呈現北大於南、西部大於東部之情形。

（三）醫院層級

在不同醫院層級中（表 4、圖 6），區域醫院所發生之醫療暴力案件數最多，共有 342 件（46%），地區醫院則與醫學中心比例相近，分別為 166 件（22.3%）及 173 件（23.3%），診所案件數則較為稀少，僅有 62 件（8.3%）。

（四）受暴對象

醫療暴力案件之受暴對象（表 4、圖 4）以護理師占大多數，有 497 件，佔約 6 成比例（63.8%），醫師則有 251 件（32.1%）。若案件涉及同時對醫師及護理師施暴，則同時加計入醫師以及護理師之案

件統計中，此種案例共有 37 件。另外對其他醫事人員則有 32 件（4.1%），值得注意的是，本統計所指其他醫事人員，係限於有取得國家考試及格，並經衛福部核發醫事人員證書者（如：放射師、醫檢師等），其他如護佐、保全等人員，因其非屬執行醫療業務之主體，其非醫療法規範之對象，自然不會列入本統計之中。

（五）發生地點

在所有醫療暴力之案件中（表 4、圖 5），最常發生之地點為急診室，佔 416 例（56%），此一結果與先前之文獻結果相符。其次則為病房以及門診，分別為 149 例（20.1%）及 136 例（18.3%），其他場所（如放射室、抽血站、醫院大廳等）則僅有 42 件（5.7%），比例相當懸殊。本研究之病房同時包含一般病房、日間病房、加護病房以及精神科病房等所有型態之病房，因並非所有判決皆會將病房種類列出，故將所有病房種類整合成為一項。

（六）暴力類型

若從暴力類型來看（表 4、圖 7），單純涉及肢體暴力之案件佔多數，有 345 件（46.4%），比例將近一半，單純涉及言語暴力之案件有 314 例（42.3%）、同時涉及多種暴力之案件則有 84 件（11.3%），此項結果與先前研究認為言語暴力佔多數之觀察存在一些差異。

（七）發生時間

不同時段發生案件之數量如表 3 及圖 8，綜觀所有案件中，案件發生於日間者有 394 件（53%），而發生於夜間之案件則有 349 件（47%），案件比例相近，惟白天所發生之件數較多，若對照病人安全統計年報觀之，2020 年間醫療暴力最常發生之時間點為 10:00～

12:00，2019 年為 12:01~14:00，2018 年則為 8:01~10:00，上述時段均為早上，與本研究之結果大致相符。

表 3：判決資訊統計表（一）

法院數量	N=743 (%)	時段	N=743 (%)
臺灣臺北地方法院	82 (11%)	日間 (7-19)	394 (53%)
臺灣士林地方法院	59 (7.9%)	夜間 (19-7)	349 (47%)
臺灣新北地方法院	51 (6.9%)	累犯	
臺灣桃園地方法院	70 (9.4%)	否	582 (78.3%)
臺灣新竹地方法院	34 (4.6%)	是	161 (21.7%)
臺灣苗栗地方法院	10 (1.3%)	緩刑	
臺灣臺中地方法院	130 (17.5%)	否	589 (79.3%)
臺灣彰化地方法院	35 (4.7%)	是	154 (20.7%)
臺灣南投地方法院	11 (1.5%)	訴訟耗時 (天)	
臺灣雲林地方法院	22 (3%)	未滿 1 年	533 (71.7%)
臺灣嘉義地方法院	39 (5.2%)	1~2 年	191 (25.7%)
臺灣臺南地方法院	45 (6.1%)	2 年以上	19 (2.6%)
臺灣高雄地方法院	34 (4.6%)	案件發生年分	
臺灣橋頭地方法院	28 (3.8%)	103	32 (4.3%)
臺灣屏東地方法院	33 (4.4%)	104	42 (5.7%)
臺灣臺東地方法院	4 (0.5%)	105	83 (11.2%)
臺灣花蓮地方法院	11 (1.5%)	106	110 (14.8%)
臺灣宜蘭地方法院	19 (2.6%)	107	157 (21.1%)
臺灣基隆地方法院	15 (2%)	108	143 (19.2%)
臺灣澎湖地方法院	6 (0.8%)	109	139 (18.7%)
福建金門地方法院	5 (0.7%)	110	37 (5%)

資料來源：作者自行統計製表

表 4：判決資訊統計表（二）

發生地區	N=743 (%)	醫院層級	N=743 (%)
臺北	121 (16.3%)	診所	62 (8.3%)
新北	75 (10.1%)	地區醫院	173 (23.3%)
宜蘭	19 (2.6%)	區域醫院	342 (46%)
基隆	11 (1.5%)	醫學中心	166 (22.3%)
桃園	67 (9%)	發生地點	
新竹	35 (4.7%)	急診室	416 (55.8%)
苗栗	10 (1.3%)	病房	149 (20.1%)
臺中	131 (17.6%)	門診	136 (18.3%)
彰化	35 (4.7%)	其他	42 (5.7%)
南投	11 (1.5%)	受暴對象 N=778 (%)	
雲林	22 (3%)	醫師	249 (32%)
嘉義	39 (5.2%)	護理師	497 (63.8%)
臺南	45 (6.1%)	其他醫事人員	32 (4.1%)
高雄	62 (8.3%)	暴力類型	
屏東	34 (4.6%)	言語	314 (42.3%)
臺東	3 (0.4%)	肢體	345 (46.4%)
花蓮	12 (1.6%)	多重暴力	84 (11.3%)
澎湖	6 (0.8%)		
金門	5 (0.7%)		

資料來源：作者自行統計製表

三、相關圖表

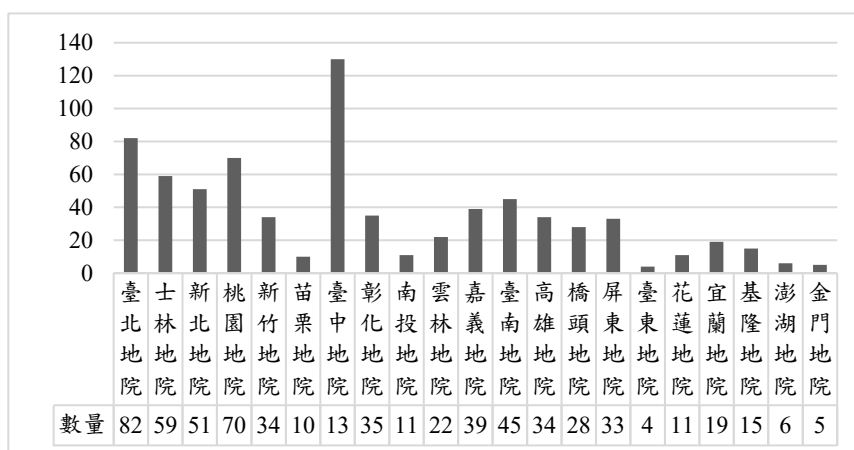


圖 1：各地方法院案件累積數量長條圖

資料來源：作者自行統計製圖

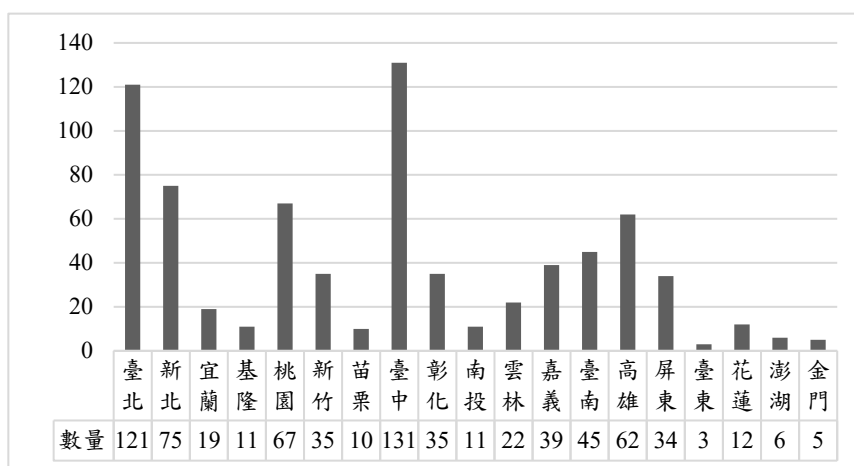


圖 2：各縣市累積案件數量圖

資料來源：作者自行統計製圖

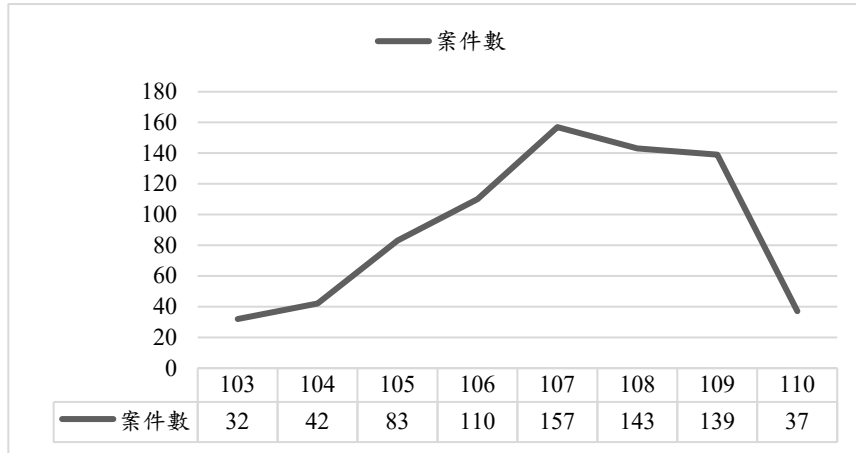


圖 3：歷年案件趨勢圖

資料來源：作者自行統計製圖

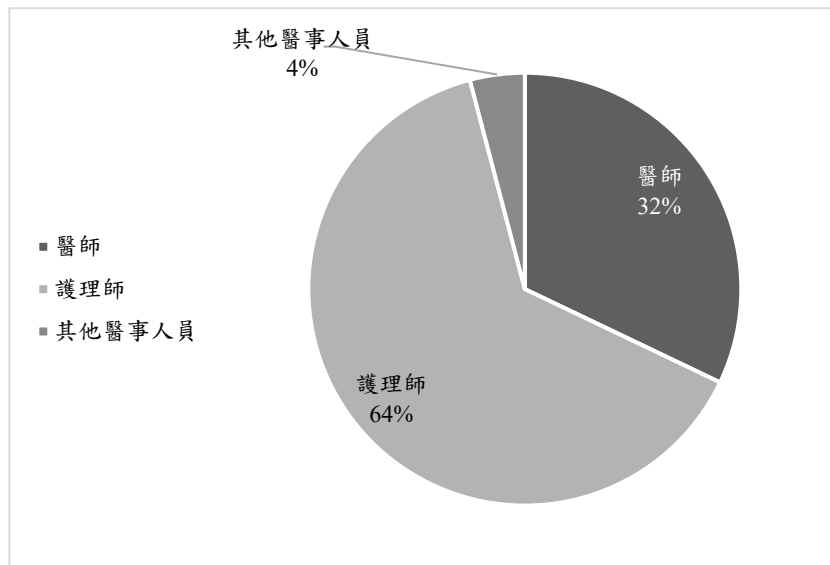


圖 4：受暴對象分布圖

資料來源：作者自行統計製圖

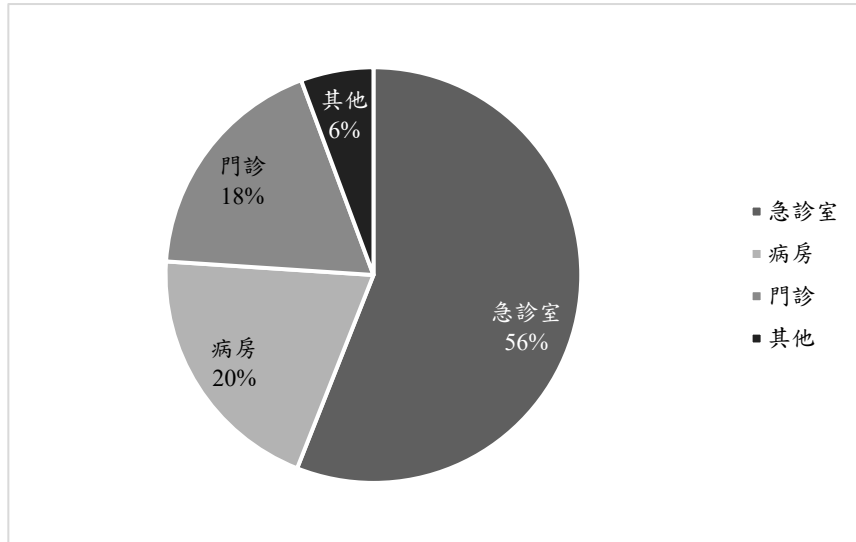


圖 5：案件發生醫院地點分布圖

資料來源：作者自行統計製圖

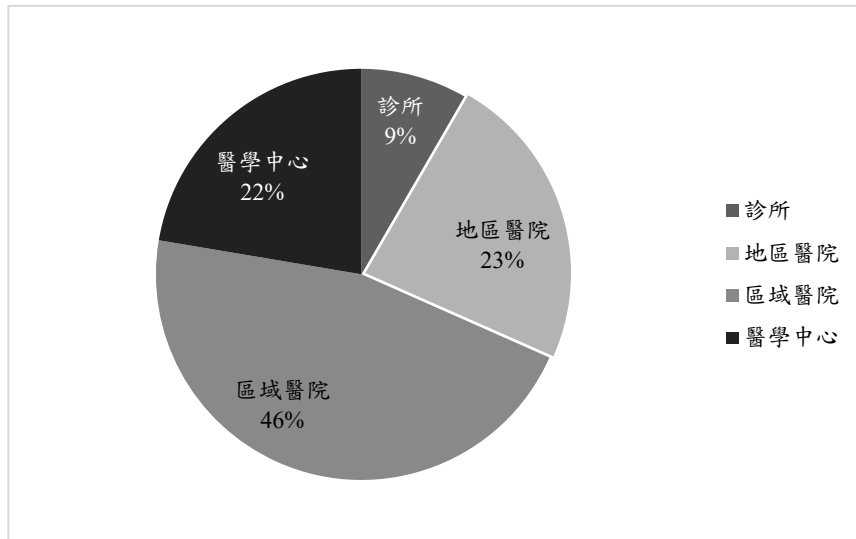


圖 6：發生醫院層級分布圖

資料來源：作者自行統計製圖

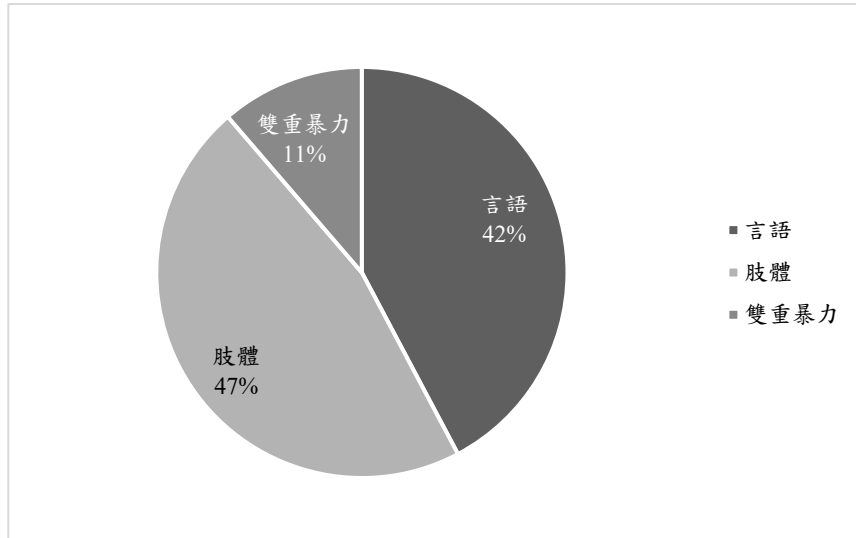


圖 7：暴力類型分布圖

資料來源：作者自行統計製圖

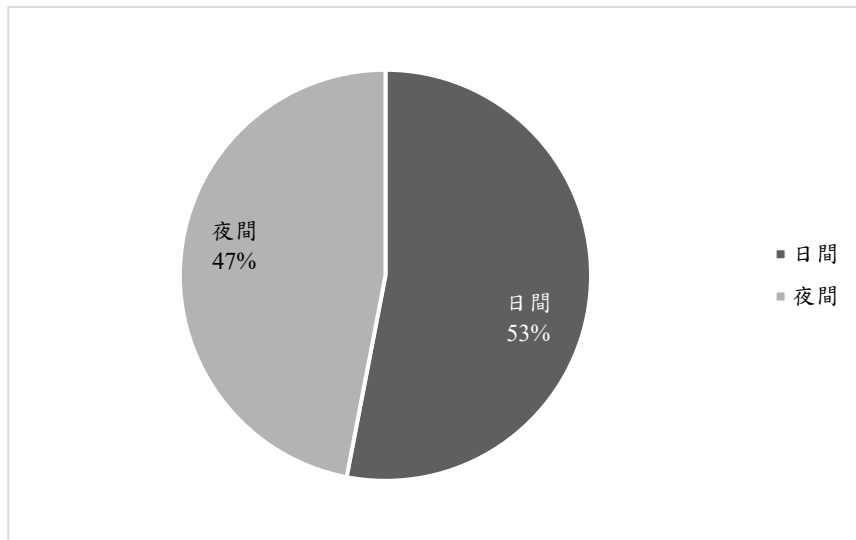


圖 8：發生時段分布圖

資料來源：作者自行統計製圖

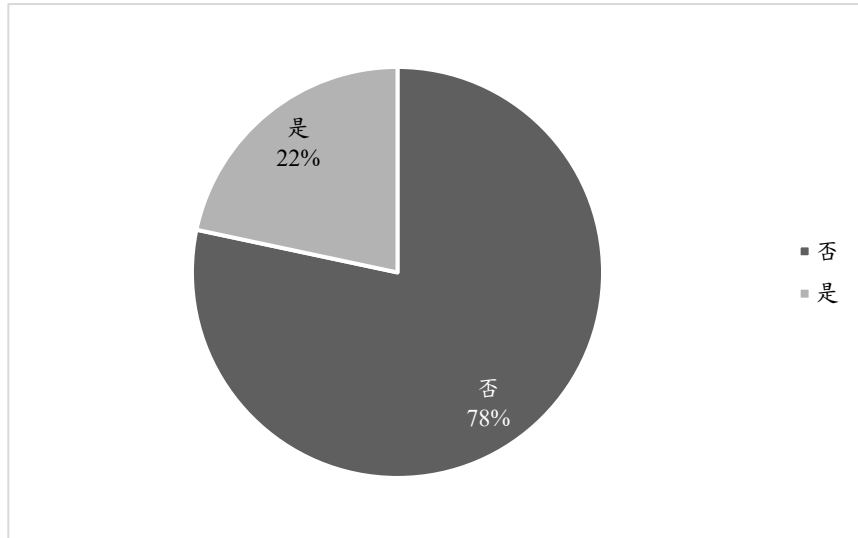


圖 9：累犯比例圖

資料來源：作者自行統計製圖

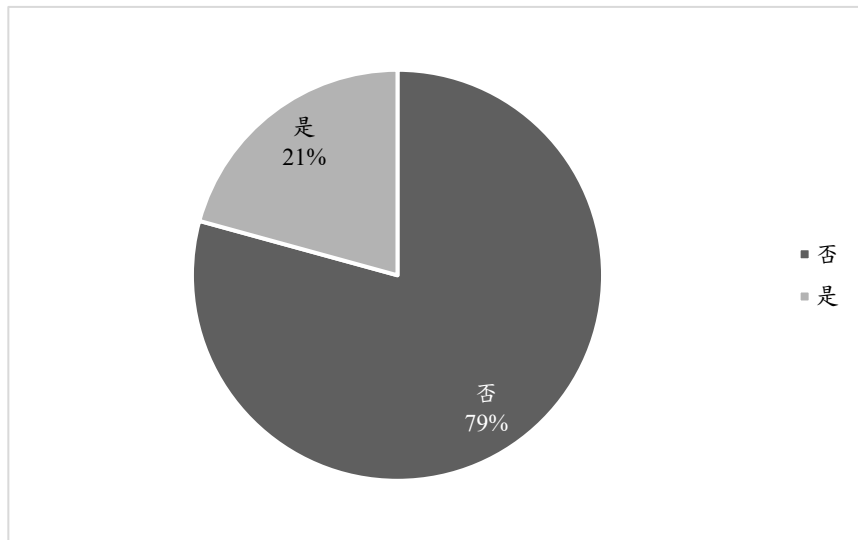


圖 10：緩刑比例圖

資料來源：作者自行統計製圖

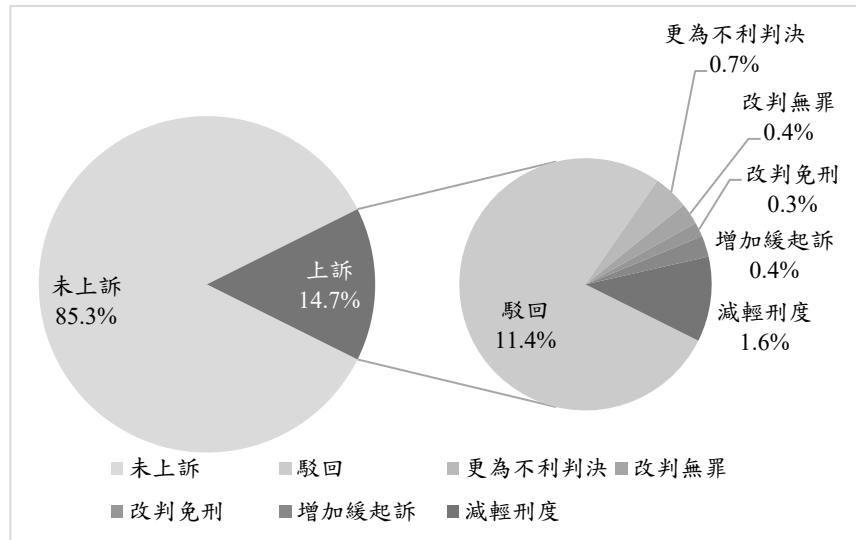


圖 11：上訴案件分析圖

資料來源：作者自行統計製圖

伍、相關結果討論

以下將對上述統計之結果進行初步之討論與分析：

一、發生年度

首先，從不同年度發生件數來看，我們可以發現醫療暴力案件之數量發展進入了高原期，從原本 103 年到 105 年間每年不到一百件，增加到 106 年之後每年案件約略有 150 件。雖然從圖 3 中我們可以觀察到 110 年間有大幅下降的趨勢（37 件），但是醫療暴力案件從發生到一審判決所需時間為 304 天，因此 2022 年 3 月以後之案件許多很可能仍在法院審理中，不在本研究所蒐錄之時段內，無法從 110 年的數字推斷醫療暴力有減緩之情形。

而在醫院層級部分，近半數醫療暴力發生在區域醫院（45.8%），其次為地區醫院（23.2%），最後才是醫學中心（22.7%）。此結果與先前文獻²⁵所觀察到不論是言語暴力或是肢體暴力，非醫學中心比例均大於醫學中心之比例結論大致相同，惟該研究並未將非醫學中心細分為地區醫院、區域醫院各等級之醫院，本研究認為此現象可能是受到健保體制下民眾就醫行為往大型醫院（醫學中心與區域醫院）集中之影響。另一可能的解釋，則是地區醫院因為所處地理環境之影響（例如較多位於非都會或非人口稠密區），而存在較多私了之現象，具體原因需要未來更詳細的統計研究來分析。

二、發生地點

若從發生地點（表 4）來看，以急診室（55.8%）佔多數，其次病房（20.1%）以及門診（18.8%）所佔之比例大致相同。急診室為大宗之結果與多數研究相符，皆認為急診室是醫療暴力最常發生之地點。急診室不論是環境上或是就醫民眾之特質上，多數皆符合醫療暴力之危險因子²⁶特徵，因此急診室為醫療暴力場所之大宗並不意外。若進一步分析，將受暴對象與地點進行交叉分析（表 5），可以發現急診室暴力中，又以對護理師施暴（66.9%）最為常見，推測可能因為因為多數病患所面對之第一對象為護理師所致，而病房之亦有相同之情況，且情況更加明顯，護理師比例高達 9 成（90.4%），

²⁵ 先前文獻研究結果指出，醫療暴力於言語暴力方面，非醫學中心高達 85%，高於醫學中心 68%；而肢體暴力方面，非醫學中心 43%，亦高於醫學中心的 25%，詳見陳維恭，暴力陰影籠罩-急診醫護需要遠離恐懼的環境，中國醫訊，49 期，頁 38-40（2007 年）。

²⁶ 醫療暴力發生因子相當眾多，例如病患就診人數過多、需長時間等候、缺乏溝通、缺乏同理心、缺乏經驗等皆有可能成為醫療暴力案件發生之危險因子，Amita Kumari et al., *Workplace Violence Against Doctors: Characteristics, Risk Factors, and Mitigation Strategies*, 66(3) J. POSTGRAD. MED. 149, 151, (2020).

本文對此現象推測可能的原因為因多數醫療處置、巡房、照護等情形之第一線業務皆由護理師進行，因此病患與護理師接觸比例相對較高，故受暴對象多數為護理師。而值得注意的是，當受暴地點為門診時，情形卻有完全相反的結果，以醫師為大宗，占所有門診案件之 64% (91 例)，本文認為應該是因為門診之問診及治療多數皆由醫生自行為之，與病患接觸之時間較長，護理師多僅處理門診庶務以及醫療衛教等情事，因此在門診情境受暴對象主要為醫師而非護理師。

表 5：地點與被施暴對象之交叉表

		被施暴對象		
		醫師	護理師	其他醫事人員
發生地點	急診室	135	294	10
	病房	15	142	0
	門診	91	41	10
	其他	10	22	12

資料來源：作者自行統計製表

三、醫院等級

若從醫療暴力案件之醫院等級 (表 4、圖 6) 來觀察，以區域醫院所發生的醫療暴力件數最多，有 342 件 (45.8%)，其次則為地區醫院 173 件 (23.2%)、醫學中心 169 件 (22.7%)，而就衛福部於 109 年醫療院所家數之統計，其中醫學中心有 25 家、區域醫院 75 家、地區醫院 313 家²⁷。從院所家數來觀察，區域醫院家數並非最多，然

²⁷ 109 年醫事機構服務量統計電子書表，政府資訊公開，衛生福利部統計處，110 年 9 月，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5099-113-xCat-y109.html>。

而卻發生最多醫療暴力事件，這部分可能是受到就診人數之影響，不論是急診或是門診就診人數，均以區域醫院佔最多數，平均每日人次分別為 8,863 人以及 161,283 人(表 6)，急門診人數分別佔所有醫院等級就診人數之 40.4%及 49.5%，其次才是地區醫院(30.5%、24.5%)或醫學中心(29%、25.9%)，就診人數與暴力發生之件數整體呈現類似之趨勢(圖 12)。若我們再更細分為從不同發生地點以及醫院等級交叉來看，可以發現不論是門診或是急診暴力案件，仍以區域醫院所發生之案件占大多數，門診人數部分以地區醫院次之，急診人數部分則以醫學中心次之。

若進一步從多數醫學中心所在的雙北地區(圖 13)來觀察，我們可以觀察到在雙北地區共有 196 件醫療暴力判決，扣除發生於診所，共有 172 件，其中，發生於醫學中心的案件有 61 件(35.5%)、區域醫院 92 件(53.5%)、地區醫院 19 件(11%)，其集中於大型醫院的趨勢更加明顯。這些現象，可能反映健保體制下，民眾就醫行為高度往大型醫院(醫學中心與區域醫院)集中之發展，一定程度可能也凸顯我國目前醫療分級制度的不足之處。

當然，若希望更進一步檢證在統計上，不同醫院層級之醫療暴力案件，是否與不同情境(病房、門診、急診)之就診人數有相關，仍需要有各地區不同等級醫院平均單日醫療服務量、各年度長期相關資料等更詳細之資料，進行長時間觀察研究，方能有較為精確之推論，然而這些資料皆無法從目前公開之統計年報中取得，故此部分仍有待後續衛福部提供更多數據供研究，來使我們能夠更加了解醫療暴力的趨勢，並針對問題加以防範。

表 6：不同層級醫院家數與不同地點暴力事件交叉表

	院所家數	暴力件數	平均每日醫療服務量-門診	平均每日醫療服務量-急診
醫學中心	25	169	115,767	4,649
區域醫院	75	342	161,283	8,863
地區醫院	313	173	121,906	4,387
總和	413	684		

資料來源：衛福部 109 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計電子書，
作者自行製表

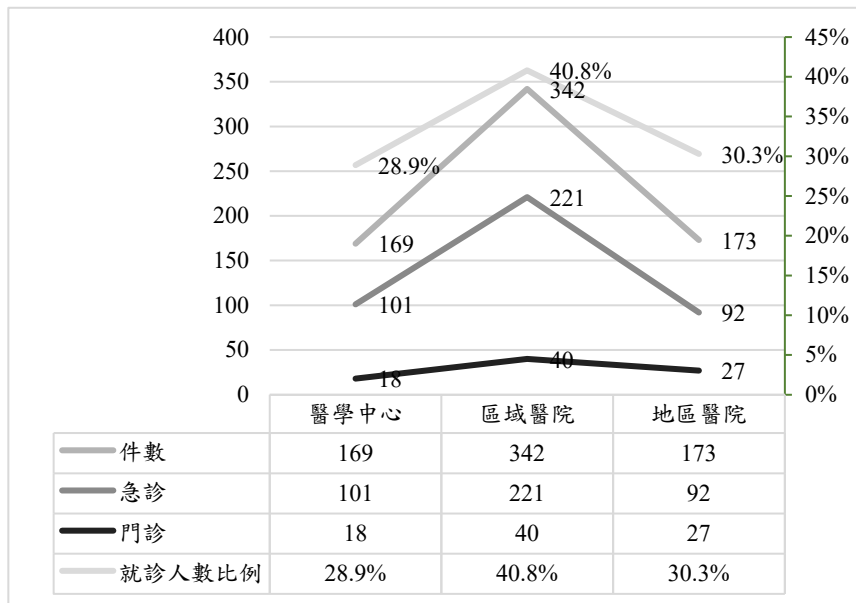


圖 12：不同層級醫院家數與不同地點暴力事件比較圖

資料來源：衛福部 109 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計電子書，
作者製圖

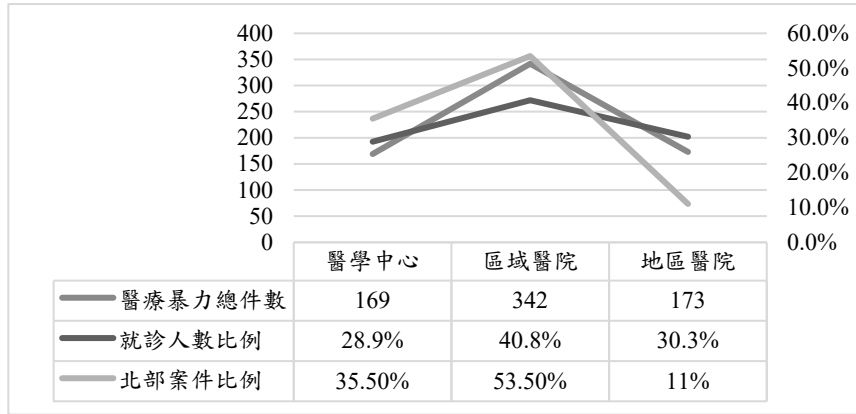


圖 13：北部地區就醫趨勢圖

資料來源：作者自行製圖

四、暴力類型

從暴力類型來觀察，從法院判決中可以觀察到以肢體暴力情形占大多數（46.4%），言語暴力反而次之（42.3%），此研究結果與先前多數統計皆呈現言語暴力為多數之情形相反。本文認為訴訟的時間與金錢成本導致進入法院的案件偏向較嚴重的肢體暴力，是一個可能的原因，相較於先前研究主要是為對醫院之醫事人員以問卷或訪談之方式進行統計觀察，或許較能反應出醫療場景之實際情形，本研究則是利用蒐集法院之判決來進行相關統計，然而訴訟程序通常曠日廢時，從偵查到起訴常常需要大量時間，且若有需要開庭之情形，往往因醫護人員多數為排班制，作息不一，可能無法配合，且可能因為訴訟纏身而影響到工作或面臨職場壓力等情形，造成醫護人員當面對相對於肢體較為輕微或是影響較小之言語暴力情事時，不願意提告而選擇不處理等情事，因此才會造成在判決中有肢體暴力比例較高之現象。

若將暴力類型與案件發生地點交叉比對來觀察，不論是言語或

是肢體暴力，皆以急診室站超過一半以上比例，分別為 52.7%（182 件）以及 56.3%（177 件），而若以地區來觀察，則以臺北市 65 件（18.8%）以及台中市 72 件（20.8%）發生肢體暴力之案件數量最高，言語暴力則亦以臺北市 46 件（14.6%）以及臺中市 43 件（13.6%）為前兩縣市，然而值得注意的是，人口最多的縣市²⁸，新北市醫療暴力的情形反而僅位居第三，推測可能原因與地理位置與醫療資源（鄰近大型醫院集中的臺北市）有關。

另外亦有國外文獻指出，肢體暴力以及言語暴力通報之比例不到一半²⁹，甚至有許多醫療人以為肢體暴力才算醫療暴力，此亦凸顯出對於醫療暴力的教育不足，但這同時也給我們一個警訊，在醫療暴力的案件中，存在著許多黑數，且在言語暴力中的情形恐更加嚴重。

五、刑度

就所有醫療暴力判決中，所有案件的平均刑度為 76 天，相較於法定最高刑度 3 年甚至 5 年，此類案件之實際刑度較法定刑度之上限明顯偏低，然與一般傷害罪相比其刑度是否有較高或較低之情況，因目前尚未有相關統計就傷害罪之刑度進行統計，且傷害之態樣較為多元，故此仍有賴後續相關研究進行分析及探討。另外從判決中也可以發現，當判決刑度符合得易科罰金之規定³⁰時，所有判決皆會

²⁸ 內政部戶政司 110 年底資料，人口數最多為新北市，約 400 萬人，台中市有 280 萬，排名第二，台北市則為 250 萬人，排名第四。

²⁹ 楊錦桂、楊其璇、林麗鳳、林冠語，急診護理人員職場暴力經驗及相關因素研究，澄清醫護管理雜誌，11 卷 3 期，頁 23-24（2015）。

³⁰ 刑法第 41 條第 1 項：「犯最重本刑為五年以下有期徒刑以下之刑之罪，而受六月以下有期徒刑或拘役之宣告者，得以新臺幣一千元、二千元或三千元折算一日，易科罰金。但易科罰金，難收矯正之效或難以維持法秩序者，不在此限。」

准許得易科罰金，即便為累犯之情形亦是如此。而當我們進行交叉分析時，在時段上，不論是在白天或是夜間發生醫療暴力之行為，其對刑度並無顯著影響 ($t=1.64$, $p=0.1$)，換言之，法院並不會因為案件發生在白天或是夜間而對其有差別待遇。另外在醫院層級上，不論是發生在何種層級之醫院，法院對案件之刑度同樣未有顯著影響 ($t=1.6$, $p=0.185$)。本文認為此現象實屬合理，因病患對於就醫當下、甚至是法院在審判時並不一定會對醫院層級有認識，且本即不應在不同層級之醫院而有不同之待遇。

唯一會對刑度有顯著影響的，是事件發生的地點。本研究在進行變異數分析後觀察到，當案件發生在門診 (86.7) 時，其平均刑度會明顯高於病房 (72.6) 以及急診 (71.8) 所發生之刑度 ($F=3.5$, $p=0.01$)，反而急診暴力所獲判的平均刑度較低。這種現象的一個可能解釋，是法院可能認為急診或是病房情境之病人，可能面臨較危急或是痛苦之情事，陪同家屬之情緒也較容易焦急。相較之下，門診多數為症狀輕微、慢性病、甚至為牙科之病患，法院可能認為此種情境之暴力事件，較可能非因一時失慮所致，故應課予較重之處罰，因此才導致門診之刑度反而為最重之情形發生。

另外就暴力型態之部分觀察，言語暴力 (77.4) 以及肢體暴力 (71.7) 所判決之平均刑度相似，言語暴力之平均刑度其實較高，但兩者之間未達顯著差異 ($F=4.357$, $p=0.284$)。本文認為此一現象，可能反映法院對言語暴力中含有恐嚇脅迫之內容高度重視，諸如「要不要輸贏³¹」、「你走路要走好，給我注意點³²」、「我不願去○○○醫院，若送去的話就要將你們殺掉³³」等言語，常會造成受暴人較為長期之身心理影響，造成受暴人對職場之恐懼，甚至引發精神疾病，法

³¹ 臺灣宜蘭地方法院 110 年度簡字第 532 號刑事判決。

³² 臺灣嘉義地方法院 111 年度嘉簡字第 16 號刑事判決。

³³ 臺灣苗栗地方法院 110 年度苗簡字第 930 號刑事判決。

院可能認此種情形較普通言語以及肢體暴力為重，故給予較重之刑度。

六、緩刑

從緩刑與各項變項來觀察，我們觀察到，所有法院給予緩刑宣告之期間均給予最低年限 2 年，另外法院是否會願意給予緩刑，在不同時段、醫院層級、不同發生地點以及不同施暴人員中並無明顯差異，法院並不會因為上述變項原因而影響是否願意給予被告緩刑之處分。

然而是否為累犯，以及不同的暴力型態，則對法院的緩刑結果有著一定影響。在為累犯之情形下，僅有 5 件案件在判決後享有得緩刑處分，佔所有得緩刑之案件約 3.2%，其餘均為非累犯，有 150 件，佔約 96.8%，反映法院認為累犯之後有相當高可能會再次犯罪³⁴。而細究該 5 筆為累犯且獲得緩刑宣告之判決，其案件係發生在急診室檢傷櫃台之案件，因不滿對護理師執行業務之過程，而對護理師施以恐嚇之方式使其心生畏懼，且該被告於先前亦為因詐欺而受有期徒刑之宣告，故成為累犯，而法院最終對該案件係判處有期徒刑 4 月並施以緩刑 2 年之宣告，且兩造均未上訴，故於一審定讞。法院對其給予緩刑之原因在於認為其已與當事人達成和解並賠償，且坦承犯罪，認定被告為一時失慮所犯，並認定其無再犯之虞，因此才給予緩刑³⁵，而法官亦有考慮被告之經濟以及學識程度情形，且前犯與本

³⁴ 我國 2011-2014 年出獄的受刑人迄 2015 年底的「出獄後（累積）再犯率」：6 月內 (13%)，1 年內 (25%)，2 年內 (41%)，3 年內 (49%)，4 年內 (54%)，鍾宏彬，我國的再犯率與監獄矯治效能——初探，財團法人民間司法改革基金會，2017 年 3 月 27 日，<https://www.jrf.org.tw/articles/1255> (最後瀏覽日：112 年 10 月 29 日)。

³⁵ 臺中地方法院 110 年度簡字第 286 號刑事判決：「被告前因詐欺案件受有期徒刑以上刑之宣告，於 105 年 5 月 31 日徒刑執行完畢，此後被告尚未曾因故意犯

次犯罪之態樣亦大不相同，此案例實為較罕見，多數法院仍認為若為累犯，則傾向不給予緩刑之機會，至少會給予其特定徒刑並得易科罰金以作為警惕。

而就暴力型態與緩刑之關係，兩者之間呈現顯著差異，亦即暴力型態的不同將會影響是否會獲得緩刑宣告 ($\chi^2=10.43$, $p=0.01$)。在所有緩刑宣告之判決中，以肢體暴力之案件比例最高 (90 件, 58%)，其次才為言語暴力 (38 件, 24.5%)。本研究深入檢視肢體暴力且獲緩刑宣告之判決內容，認為肢體暴力獲得緩刑宣告比例較高的可能原因，是此類案件多數為對醫事人員皆為較輕微之擦挫傷，並非較為嚴重或是需要較長時間之傷害。至於是否有其他未發現之因子影響此一現象，需要後續進一步之研究進行探討。

七、醫療暴力趨勢

透過上述各項討論，我們可以整體觀察到在進入法院的醫療暴力判決中，醫療暴力年度趨勢並未有明顯的下降或是減少。而在發生地點中，以急診室占最大宗，病房及門診比例相近，受暴人員則以護理師占多數，而在各醫院等級中，案件數則以區域醫院占多數，暴力類型則反而為以肢體暴力案件較多，並非較常見的言語暴力。而刑度上，多數均落在 60 至 90 天之間，平均刑度為 76 天，而所有案件均得易科罰金。在緩刑方面，少數案件得以獲得緩刑處分。就總體趨勢觀察，醫療暴力案件數量可以說處在高原期，在刑度及處罰上

罪受有期徒刑以上刑之宣告，有前開臺灣高等法院被告前案紀錄表存卷可參。而被告犯後已坦認犯罪，又如前述與被害人達成調解並予以賠償，尚有悔悟之意，且其自本案發生後迄無其他犯罪紀錄，堪認本案應係其一時失慮所犯，其經此刑事偵審追訴程序及刑之宣告後，應能知所警惕，諒無再犯之虞，上開宣告之刑應以暫不執行為適當，爰依刑法第 74 條第 1 項第 2 款併予宣告如主文所示緩刑，以勵自新。」

也普遍輕微。

然而若對比本研究之結果與過去實證之文獻，我們可以發現，實際會進入法院體系審判的醫療暴力案件數，相較於過往實證研究的樣本數，仍有一定的差距，本文所統計之醫療暴力之案件數僅有 743 件，然而在先前文獻中，單某醫院一年內所發生之醫療暴力件數即高達 127 件³⁶，若放大到全台醫院長年度觀之，醫療暴力所發生之實際件數一定遠較法院判決之數量為多，這或許反映多數醫事人員在面對醫療暴力之案件時，可能會選擇息事寧人抑或是藉由其他較為簡便之方法來取代冗長之訴訟程序。

針對本研究所發現，醫療法修法後，醫療暴力判決數量近年反而進入高原期的現象，本研究認為這固然可能凸顯醫療暴力的情形並未獲得明顯改善，但也可能是反映醫護人員對醫療暴力的意識提升，使得越來越多人願意就醫療暴力案件提出爭訟，而不再如同過往一樣選擇沉默，究竟具體的原因為何，有待未來後續的研究來進行更深入的探究。

在刑度方面，雖然現在有醫療法針對醫療暴力進行處罰，但就判決統計來看，其刑度普遍不高，平均天數甚至不到半年，其最高刑度形同虛設，這樣的實務操作，是否會影響到醫療法第 106 條嚇阻功能的發揮，值得進一步的討論。此一討論或許可以從兩個角度來思考，首先是透過加重刑度來增加本法之嚇阻功能，除了希望法院加重實際刑度，亦有學者建議應將法定刑調整為七年以下之有期徒刑³⁷，以有效區隔一般刑法以及醫療法，同時也更加突顯國家防止醫療暴力的決心。

另一個思考的角度，是肯認刑法作為風險管制手段的極限，而

³⁶ Yu-Hua Lin & Hsueh-Erh Liu, *The Impact of Workplace Violence on Nurses in South Taiwan*, 42(7) INT. J. NURS STUD. 773, 775, (2005).

³⁷ 鄭逸哲（註 6），頁 120-129。

試著以行政管制的手段，來補強刑法的功能。例如有學者便認為我國可以美國作為借鏡，除了訴諸刑罰手段，也同時強調醫事機構自主管制，要求醫事機構建立相關委員會，以進行暴力事件相關危險因子分析、發展與執行暴力事件防範計畫等風險管制作為，期盼能更長期的管控醫療暴力風險。目前我國已於醫院評鑑中「醫院評鑑基準及評量項目（108 年版）」表³⁸第 1.6.5 項中將「醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全³⁹」作為評鑑項目之一，惟此項評鑑標準其實際執行之情形仍有待觀察，或許此種自主行政手段之管制方法亦可為我國在思考醫療暴力防範時，可以考慮之手段方法之一⁴⁰。

陸、結論與限制

本文使用量化統計方法，對 2014 年 1 月至 2022 年 2 月 25 日之間進入司法審判之醫療暴力案件，進行以敘述統計為主的量化統計分析，希望能夠探討醫療暴力在醫療法第 106 條修法後的司法實務現況。本文發現在所有醫療暴力判決中，肢體暴力及語言暴力案件數兩者相當，而受暴對象則多以護理師佔多數，發生地點則以急診

³⁸ 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，<https://www.jct.org.tw/lp-1156-1-xCat-01.html>（最後瀏覽日：2023 年 10 月 29 日）。

³⁹ 此項之細節評鑑項目，包含：

1. 制訂準則辨識可能發生醫院暴力之高風險場所及具有暴力傾向之病人或家屬。
2. 依據辨識結果訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。
3. 針對可能發生暴力事件之高風險場所(如急診)，加強門禁管制措施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施，並確保員工在遭受暴力攻擊時能以無線或有線之方式通知警衛或保全以提供人身安全之防護。
4. 對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)之員工，依通報機制進行通報，並給予妥善的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助。
5. 每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。

⁴⁰ 梁志鳴（註 7），頁 28-30。

室為大宗。而判決刑度平約為 2 個月，另外，我們可以發現經法院審理的醫療暴力案件中，以區域醫院之比例為最大宗（46%），而非佔醫療機構大多數的地區醫院（23.3%）。就上述結果中，可以觀察到有許多結果與先前研究相符，但在暴力型態部分呈現較大差異，亦即言語暴力以及肢體暴力案件比例相近，而非如先前研究之統計結果以言語暴力行為占大宗，此結果可能係受到訴訟時間與金錢成本的影響，導致進入法院的案件偏向較嚴重的肢體暴力，另一種可能為因近期 COVID-19 疫情爆發，使大量病患湧入急診快篩或就診，導致特定醫療暴力類型上升，致使數據呈現相近之趨勢，然因本研究所蒐集之判決若加上平均審理天數，恐僅有部分案件發生在 COVID-19 疫情爆發之後，恐造成樣本數不足，此仍有待後續更進一步之分析研究。

本研究雖然盡力將資訊蒐集達到最完善之地步，惟仍然存有一定程度之限制，尤其，本研究皆以判決書為研究對象，因此僅能利用現已公開且上傳至司法判決系統之判決全文始有可能成為本案之蒐集對象，然而醫療暴力時除訴訟外，存在多種其他的處理方式，包含和解、調解、私下處理。甚至不處理也可能是一種常見的方式，其或許佔醫療暴力處理方式的大宗，國外即曾有研究發現，當發生醫療暴力時，有約 80% 的醫護人員未通報，寧願選擇沉默⁴¹。即便進入了偵查階段，若檢察官認為其符合緩起訴之情事而給予緩起訴時，該案件也會因為缺乏後續的法院判決而無法被本研究所蒐集，因此僅靠判決仍無法反映醫療暴力之全貌。

另外，有審查意見認為，若能更進一步將施暴對象（如病患本人、親人或朋友等）進行統計，進一步觀察不同施暴者對刑度的影

⁴¹ Rukiye Pina & Firdevs Ucmak, *Verbal and Physical Violence in Emergency Departments: A Survey of Nurses in Istanbul, Turkey*, 20(3-4) J. CLIN. NURS. 510,512 (2011).

響，將更有助了解醫療現場中，誰才是真正醫療暴力的主體。審查人所建議的分析方式確實有助我們進一步瞭解醫療暴力案件的現實樣態，但至為可惜的是，我國目前並非所有判決都會完整揭露施暴者之身分，受限於此，本文無法進行相關統計分析，而只能有賴後續研究的進一步探討。

最後，我們亦無法蒐集未以「醫療法第 106 條」進行起訴時之醫療暴力案件，因醫療暴力案件之態樣相當多樣，可能涉及之法規亦相當繁雜，因此無法有效限縮判決查詢範圍。最後，本研究因收案之來源僅以司法院判決系統為主，因此相關事實皆有賴於判決內部載明，若判決事實未登載明確時，雖得由法務部起訴書查詢系統進行補充查詢，惟因該系統僅收錄 107 年後之起訴書內容，因此在其更早之前之案件若判決記載不夠完善時，此時恐將因資料不完善而遭剔除，因此才導致早年所呈現之數量過少之情形，同時此問題此亦有可能造成統計上之誤差。

展望未來，本研究僅從法院判決進行探討，建議未來可以進一步針對透過行政程序處理之案件、或是不起訴和緩起訴等事件進行檢視，以進一步釐清法律體系處理醫療暴力事件的整體全貌。另外，本研究聚焦於醫療機構內之醫事人員，本文也建議未來可進一步將對象延伸至院外的緊急醫療救護人員，他們通常是比醫護人員還要在更早接觸患者的一群人，他們所面對的族群狀況以及現場環境都比醫院內更加複雜，也是相當容易遭受到醫療暴力的一群人，雖然在醫療暴力案件中所佔比例相當低，但在院外環境更加危險且多樣之情況下，相信醫療暴力的情形對他們來說並不罕見。而除了研究此類人員所涉及的判決外，進行社會科學類的實證研究，檢視其遭受暴力前後對於風險認知、情緒改變等相關反應的變化，對於如何更有效的保護這群醫事人員免於醫療暴力的傷害，將會有很大的價值。

最後，本文認為醫療法修法後案件居高不下的現象，突顯出我們也應在強化刑罰保障之餘，同時也思考以行政管制之手段來進行醫療暴力的風險控管。目前我國醫院評鑑已將醫療暴力防治之相關規範列為評鑑項目之一，衛福部也推動各類政策來防治醫療暴力，惟這些管制手段是否足夠，仍有待進一步的實證觀察，而後續如何將醫療環境建構的更友善，將暴力防治推展到各年齡層，是我們未來仍需要努力的方向。

參考資料

- 林霏儀、黃麗華 (2016)。某醫學中心護理人員職場暴力發生率及其相關因素探討。秀傳醫學雜誌，15(3-4)，79-91。
- 梁志鳴 (2016)。醫療暴力風險行政管制策略分析。萬國法律，206，19-38。
- 陳侑庭、廖建瑜 (2023)。醫療暴力案件法院判決之實證研究——從 2014 年至 2023 年醫療法第 106 條刑事判決分析。月旦醫事法報告，79，150-172。
- 陳維恭 (2011)。暴力陰影籠罩——急診醫護需要遠離恐懼的環境。中國醫訊，49，38-40。
- 楊錦桂、楊其璇、林麗鳳、林冠語 (2015)。急診護理人員職場暴力經驗及相關因素研究。澄清醫護管理雜誌，11(3)，22-31。
- 趙修華 (2018)。醫療暴力之法律規範與應處作法。台北榮民總醫院學訓，255，1-10。
- 鄭逸哲 (2014)。啥也沒修的「修法」鬧劇——簡評醫療法新第 106 條「王貴芬條款」。軍法專刊，60(1)，120-129。
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medical Journal*, 24(11), 760-763. 10.1136/emj.2007.046789.
- Gates, D. M., Gillespie, G. L. & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-66.
- Gillespie, G. L., Bresler, S., Gates, D. M. & Succop, P. (2013). Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace Health &*

Safety, 6(6), 247–254. 10.1177/216507991306100603.

Jakobsson, J., Örmon, K., Axelsson, M. & Berthelsen, H. 2023. Exploring workplace violence on surgical wards in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22, 1-10. 10.1186/s12912-023-01275-z.

Kelen, G.D. & Catlett, C. L. (2010). Violence in the health care setting. *JAMA*, 304(22), 2530-31. 10.1001/jama.2010.1795.

Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S. & Baitha U. (2020). Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 66(3), 149-154. 10.4103/jpgm.JPGM_96_20

Doehring, M. C., Hanan C., Hunter, B.R., Oaxaca, D. M., Ashley, S., Kyra, R., Beckman, A., Vaughn, A. & Palmer, M. (2023). Exploring verbal and physical workplace violence in a large, urban emergency department, *The American Journal of Emergency Medicine*, 67, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.01.036>.

Pinar, R. & Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: A survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 510-517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03520.x>.

Pozzi, C. (1998). Exposure of prehospital providers to violence and abuse. *Journal of Emergency Nursing*, 24, 320-323. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(98\)90104-0](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(98)90104-0).

Suserud, B. O., Blomquist, M. & Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 10(3), 127-135. <https://doi.org/10.1054/aaen.2002.0361>.

Uzun, O. (2003). Perceptions and experiences of nurses in Turkey about

verbal abuse in clinical settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 81-85. 10.1111/j.1547-5069.2003.00081.x.

Lin, Y. H. & Liu, H. E. (2005). The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 773-778. 10.1016/j.ijnurstu.2004.11.010.