

現在進行討論事項第五案。

五、本院社會福利及衛生環境委員會報告併案審查行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」、委員劉建國等 21 人、委員田秋堇等 19 人分別擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」案。（本案經提本院第 8 屆第 2、2、1、1、1 會期第 2、7、9、4、9 次會議報告決定：交社會福利及衛生環境委員會審查。茲接報告，爰於本次會議提出討論。）

主席：現在宣讀審查報告。

立法院社會福利及衛生環境委員會函

受文者：議事處

發文日期：中華民國 101 年 12 月 13 日

發文字號：台立社字第 1014501721 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：院會交付審查行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」、本院委員劉建國等 21 人、委員田秋堇等 19 人分別擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」等 5 案，業經併案審查完竣，擬具審查報告，復請查照，並請提報院會公決。

說明：

一、復 貴處中華民國 101 年 3 月 28 日台立議字第 1010700338 號、5 月 9 日第 1010701266 號、5 月 9 日第 1010701271 號、10 月 11 日第 1010702905 號及 11 月 14 日第 1010704159 號函。

二、附審查報告（含條文對照表）乙份。

正本：議事處

副本：社會福利及衛生環境委員會

併案審查行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」、本院委員劉建國等 21 人、委員田秋堇等 19 人分別擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」等 5 案報告

一、本案係本院第 8 屆第 1 會期第 4 次會議、第 9 次會議、第 2 會期第 2 次會議及第 7 次會議報告後決定：交社會福利及衛生環境委員會審查。

二、本會於 101 年 11 月 21 日及 12 月 6 日分別舉行第 8 屆第 2 會期社會福利及衛生環境委員會第 22 次及第 28 次全體委員會議，併案審查行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」、本院委員劉建國等 21 人、委員田秋堇等 19 人分別擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」等 5 案，均由劉召集委員建國擔任主席。除提案委員作提案說明外，並邀請行政院衛生署邱署長文達率同相關人員、法務部、內政部消防署、交通部、教育部、經濟部、行政院人事行政總處、行政院體育委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院農業委員會主管列席說明備詢。

三、本案提案要旨概述如下：

(一)行政院提案

緊急醫療救護法（以下簡稱本法）自 84 年 8 月 9 日公布施行，其間歷經 4 次修正，對於建構緊急醫療救護體系、救治緊急傷病患及提升緊急醫療救護品質等工作之推展顯有裨益。據統計臺灣每年約有二萬名患者於到達醫院前沒有正常心跳，消防機關設置之救護車上配有自動體外心臟電擊去顫器，緊急醫療救護人員在車上施予心臟電擊，可將患者之存活率從不到百分之一提升到百分之五；如果進一步在公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器，依日本經驗顯示，患者存活率可達百分之三十八，但民眾卻常因施救之法律責任而卻步，為消除民眾疑慮及鼓勵民眾對緊急傷病患伸出援手，故參考美國、加拿大等國家「善良的撒瑪利亞人法」之救人不受罰精神，納入本法規範，從而鼓勵民眾對緊急傷病患施以幫助。爰擬具「緊急醫療救護法」第十四條之一、第十四條之二修正草案，其修正要點如次：

1. 增訂經公告之公共場所應置必要之緊急救護設備。（修正條文第十四條之一）
2. 增訂救護人員以外之人，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。（修正條文第十四條之二）

(二)委員劉建國等 21 人提案

鑒於先進國家推動於公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器（AED），證實能有效提高突發性心臟停止個案之急救成功率，依台灣每年發生兩萬件到院前心臟停止個案，於公共場所廣設 AED 應有助於拯救瀕臨死亡之個案。且邇來緊急醫療救護過程中因救護車發生交通事故、惡意擋道等意外致傷病患延誤就醫事件，足見救護車雖負有緊急護送病患之任務，其業務行為對緊急救護人員及傷病患者皆有高度風險，需要有更周延之急救過程記錄。為建構對民眾更安全、對救護人員更便利之緊急救護網路，及提高還原事實之可能性、保障傷病患及緊急救護從業人員權利，爰擬具「緊急醫療救護法部分條

文修正草案」。

自動體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator, AED）或稱自動體外電殛器、自動電殛器、自動去顫器、心臟去顫器及傻瓜電殛器等，是一種可攜帶式的醫療設備，可自行診斷特定的心律不正，並且給予去顫電殛（defibrillation），專門為非專業醫療的人士用來急救瀕臨猝死病患的儀器，在基礎急救課程中，應學習如何使用自動去顫器。美國、加拿大、日本等國家已推動在公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器，日本有研究指出此舉能讓原本在公共場所突發性呼吸心跳停止（猝死）的急救存活率，從僅有 7% 提高到 38%，故於公共場所中設置 AED 之效益值得肯定。

行政院衛生署於 2008 年 1 月 17 日召開「急救教育訓練推廣」研商會議，決議將推廣全民心肺復甦術（Cardiopulmonary Resuscitation, CPR）及使用 AED 之訓練，正式開放一般民眾可以使用 AED 及 CPR 於緊急急救上，民眾於事故現場使用 AED 施行臨時急救，係符合「醫師法」第 28 條第 4 款「臨時施行急救」之規定，就對他人陷於生命危急狀態下實施 AED 及 CPR 之急救行為，如造成被急救者生命、身體上之損害，以英美法上「撒瑪利亞人法（Good Samaritan Law）」之救人者不應受罰的精神，於本法中予以明白規定，將刑事上責任限縮於能證明其有故意造成被急救者死亡、傷害者，及民事責任上限縮於故意或重大過失。

近來社會新聞中發生救護車執行緊急救護勤務時遭其他車輛擋道，甚至導致被救護者因延誤送醫受損害之事故，又鑑於救護車執行任務得違反交通安全號誌，具有高度危險，亦時有救護車發生交通事故之意外，為便於釐清事故責任，及遭遇到不肖駕駛惡意擋道時便於舉證，及於必要時能還原在救護車運送傷病患過程中緊急處置過程，救護車應於車廂內外裝設監視錄影裝置。

本草案修正條文內容如下：

1. 中央衛生主管機關應獎勵或補助公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器。（草案第十四條之一第一項）
2. 接受獎勵或補助，設置自動體外心臟電擊去顫器之公共場所管理人，應通報登錄於消防機關之救災救護指揮中心，以建立便利之緊急醫療救護設備網絡。（草案第十四條之一第二項前段）
3. 增訂受獎勵或補助而設置 AED 或其他必要之緊急救護設備之場所，其管理人之通報登陸及管理責任。（草案第十四條之一第二項後段）
4. 增訂因他人生命之急迫危險，使用自動體外電擊去顫器或施予心肺復甦術者，造成被急救者生命身體被侵害時之民事與刑事責任減輕或免除的規定。（草案第十四條之二）
5. 增訂救護車內外應裝設監視錄影設備之規定。（草案第十七條）
6. 課以設置 AED 或其他必要之緊急救護設備之場所負責人應向消防機關之救災救護指揮中心通報登錄之義務，並維護設備，故訂定罰則以作為主管機關執行監督之法源依據

。（草案第四十四條）

（三）委員蔣乃辛等 23 人提案

有鑑於公共場所若設有自動體外心臟電擊去顫器（AED），一旦發生突發性心臟停止個案，其急救成功率，可從原來 7%提高至 38%。目前全台約有 4000 多台 AED，都集中在醫療院所，公共場所僅 200 多台。如果在公共場所廣設 AED，可拯救更多瀕臨死亡的患者，由原來的 1400 人增加到 7600 人。為拯救更多突發性心臟停止病患之生命，爰提案增訂「緊急醫療救護法第三十五條之一」，要求在每天有 250 名 50 歲以上成人通過或聚集之公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器。說明如下：

1. 依據日本推廣 AED 經驗，公共場所發生突發性心臟停止個案的急救成功率，可從原來 7%提高至 38%。台灣每年約發生兩萬件到院前心臟停止個案，如果在公共場所廣設 AED，可拯救更多瀕臨死亡的患者，由原來的 1700 人增加到 7600 人。
2. 以芝加哥機場為例，在 2000 年開始廣設 AED，幾乎每走一公尺內就有一台，當年心臟突發病倒患者救活率從芝加哥其他未設 AED 公共場所的 2%，提高到 61%。日本的 AED 使用比台灣消防隊全面採用 AED 晚了 4 年，當時是因為一位日本皇族打球時病發未救回，而一位知名演員在跑馬拉松時發病，用 AED 救回一命後，為舉辦「愛知博覽會」而廣設 AED，目前裝置超過 30 萬台，平均每 10 萬人設有 235 台；而台灣雖然有 4000 台，但九成在消防局裝備上，每 10 萬人平均只分到 17.4 台，人潮出入眾多的公共場所的 AED 不到 300 台。如以英國設置標準來看，台灣至少還得在公共場所設置 5000 多台 AED。
3. 為拯救突發性心臟停止病患之生命，比照美國公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）之標準，每天有 250 名 50 歲以上成人通過或聚集之公共場所，提案增訂本條文。
4. 為維持自動體外心臟電擊去顫器（AED）功能之正常，使期能發揮救命的功效，要求必須定期檢查。相關定期檢測的內容與作業要點，由主管機關訂之。
5. 修法要點：每天有 250 名 50 歲以上成人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）。

（四）委員盧秀燕等 38 人提案

有鑒於國內多數自小客車為於交通事故發生時，以利提供警方蒐集證據，並避免其他交通意外發生，皆自行裝設具監視功能之行車記錄器。又台北市公車評鑑指標也增加公車須加裝車內外監視錄影器評鑑項目，而民國 100 年六月台北市議會更三讀通過自治條例，強制學童交通車（娃娃車）皆須加裝具監視功能之行車記錄器。然根據道路交通安全規則第九十三條及第一百一十三條規定，「執行任務之消防車、救護車以及警車不受號誌指示之限制」。但是以救護車而言，經常為將急救病患緊急送醫須高速行駛，不僅容易發生交通車禍意外，也易因舉證不完備而引發爭端，同時也為避免救護車駕駛人員於非值勤時間濫用不受燈號限制之職權，引發非議。爰提出「緊急醫療救護法第十五

條條文修正案」，修訂第十五條「須裝設車內外監視錄影器」之規定，保障救護車駕駛人員於執勤時不受道路規定限制之職權，也避免救護車駕駛人員於非值勤時間濫權問題。說明如下：

1. 目前國內販售具監視功能之行車記錄器，主要為記錄車輛前方狀況，一旦發生交通事故或糾紛，可以提供影像保留證據。因此國內目前雖無任何強制規定，多數自小客車駕駛人已自行裝設此類具監視功能之監視錄影器。不僅可於發生交通事故時立即提供警方成為舉證利器，且經由影片記錄更可清楚還原事故現場，避免出現各說各話引發爭端等問題。
2. 根據道路交通安全規則第九十三條及第一百一十三條規定，「消防車、救護車、警備車及工程救險車執行任務時，得不受行車速度之限制，且於開啟警示燈及警鳴器執行緊急任務時，得不受標誌、標線及燈號指示之限制。」，但是救護車經常為將急救病患緊急送醫須高速行駛，不僅容易發生交通車禍意外，也因為超速或違規行駛仍然會被拍照開罰，更可能因舉證不足而無法註銷罰單，對於救護車駕駛人員相當不公平。此外，由於救護車於執勤時可不受道路規則限制，亦可能發生救護車駕駛人員濫用此職權之弊端。如強制加裝行車記錄器，當上述救護車輛因必須載送病患時，可以舉證免受交通規定處罰，而當濫行職權時，亦可有效予以規範約制。
3. 目前台北市公車評鑑指標，增加須加裝車內外監視錄影器評鑑項目，民國 100 年六月台北市議會三讀通過自治條例，強制學童交通車（娃娃車）皆須加裝具監視功能之行車記錄器。爰此，為防止救護車駕駛人員於執勤時違反道路規定被拍照舉發，欲註銷罰單時，又恐因舉證不完備引發爭端，同時為避免救護車駕駛人員於非值勤時間濫用職權，引發非議，本席特提出「緊急醫療救護法第十五條條文修正案」，修訂第十五條「須裝設車內外監視錄影器」之規定，保障救護車駕駛人員於執勤時不受道路規定限制之職權，也避免救護車駕駛人員於非值勤時間濫權問題，以臻修法之美意。

(五)委員田秋堇等 19 人提案

針對近年數起山難與野外地區緊急救護事件，凸顯現行野外地區緊急救護體制欠缺完備。野外地區緊急救護有其獨特性，救護方式及策略往往需針對地形、氣候、地點與傷病型態做綜合考量。現行緊急醫療救護法明定緊急醫療救護，包括下列事項：(一)緊急傷病或大量傷病患之現場緊急救護及醫療處理、(二)送醫途中之緊急救護、(三)重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診、(四)醫療機構之緊急醫療。緊急醫療救護法並未將野外地區之緊急救護納入緊急醫療救護之包含項目。緊急醫療救護法也未針對野外地區之以下諸項目明文規定，包含：緊急醫療救護區域劃定、各機關代表及學者專家之諮詢或審查、區域緊急醫療應變中心、救災救護指揮中心及處理事項、救護區劃分、救護隊或消防分隊之人員配置、救護運輸工具之規範與給證、救護直昇機臨時起降辦法、救護技術員、醫療指導醫師及醫療指導制度、演習與現場指揮協調系統之建立及指揮。爰提緊急醫療救護法部分條文修正草案，將野外地區緊急醫療救護納入緊急

醫療救護法之中並針對救護直昇機之查驗、給證及臨時起降方式進行增修。說明如下：

1. 台灣有三分之二的面積為山區及野外地區，地質、氣候、生態條件豐富多變。每年均吸引許多民眾走進山林進行旅遊、登山、教育及學術研究。此外，台灣野外地區物產豐富，山區農業、林業、氣象觀測、觀光事業與公共事業蓬勃發展。是以，在台灣除了觀光旅遊及登山民眾之外，有更多的國民是在野外地區工作謀生與定居。
2. 根據國際上在野外地區緊急救護方面的闡述：「在野外地區，運送病患至傳統醫療機構通常大於一小時。」因此，凡救護單位接受到病患之求救起至使用任何救護運輸工具將病患送達最接近之急救責任醫院所需時間大於一小時之地點，便應稱做野外地區，必須有相對應的野外地區緊急救護。因此在台灣，不單單是登山步道，連梨山、南橫、合歡山等公路可到達之處，均屬野外地區。過去在台灣，除了極少數登山或旅遊之民眾因緊急傷病在野外地區失去生命，還有更多生在野外地區、成長在野外地區、在野外地區為國計民生盡一份心力的國民，最後卻因在野外地區蒙受緊急傷病但缺乏一個迅速且有效的野外緊急救護體系，因而在野外地區結束寶貴的生命，間接的也造成國家生產力之損失。根據馬偕醫院急診醫學科主治醫師王士豪於 2009 年針對玉山國家公園自 1985 年至 2007 年山區救援資料進行分析發表之論文指出：山區救援事件大多為外傷，外傷之致死率最高，而聯合直昇機與地面之救援會大幅增加傷病患之存活率。
3. 發生民國一百年二月的張博崙山難事件中，專家判定，張博崙獨自於山中奮力求生二十餘日。現有之緊急救護體系因不熟悉山系環境、通訊技術，搜救四十餘日未果，錯失搶救機會，家屬委託民間專業團隊卻於一天半內尋獲大體。又如近日林克孝先生不幸山難事件，現行救難單位自接受報案起至抵達傷患現場，早已過了嚴重傷病患可容許之黃金救護時間。以上兩起案例，均凸顯台灣野外地區緊急醫療救護體制亟待改善。
4. 為了有效利用緊急醫療直昇機，在緊急醫療完成搶救傷病者的性命及減輕其後遺症，日本特別制訂：「救急 療用 用 救急 療 確保 特別措置法」。
5. 基於上開理由，凸顯野外地區緊急救護列於緊急醫療救護法以及增修緊急醫療救護法中救護直昇機相關條文之必要，據此讓相關單位行政工作有足夠的法源基礎，制訂或修改相關之法規命定，保障在野外地區活動的國人身家安全。

五、行政院衛生署署長邱文達說明：

關於委員劉建國等 21 人、委員田秋堇等 19 人分別擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」等 5 案，提出本署意見。

- (一)「劉建國委員等 21 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」；「蔣乃辛委員等 23 人所提緊急醫療救護法第三十五條之一條文修正草案」；「盧秀燕委員等 38 人所提緊急醫

療救護法第十五條條文修正草案」，修正重點：

鑒於對建構緊急醫療救護體系、救治緊急傷病患及提升緊急醫療救護品質等工作之關心，劉建國委員等 21 人與蔣乃辛委員等 23 人所提有關公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器（AED）、劉建國委員等 21 人與盧秀燕委員等人所提救護車裝設車廂內外監視錄影器修正重點臚列如下：

1. 獎勵或補助購置 AED（第十四條之一）：課予私人之公共場所強制裝設 AED，應參考美國作法以獎勵或補助來推動設置。
2. 實施心肺復甦術（CPR）及使用 AED 之急救免責（第十四條之二）：先進國家推動於公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器（AED），證實能有效提高突發性心臟停止個案之急救成功率，為消除民眾疑慮期使每位熱心救助者不致因為救人義舉而背負法律責任，爰對伸出援手民眾及非值勤期間之救護人員實施心肺復甦術（CPR）及使用 AED 之急救行為，將刑事責任限縮於故意，及民事責任限縮於故意或重大過失。
3. 救護車裝設車廂內外監視錄影器（第十七條）：為便於釐清事故責任及遭遇不肖駕駛惡意擋道時便於舉證，必要時還原運送傷病患緊急處置過程，應於車廂內外裝設監視錄影器。
4. 自動體外心臟電擊去顫器（AED）設置場所（第三十五條之一）：依據日本推廣 AED 經驗，公共場所發生自動體外心臟電擊去顫器（AED）突發性心臟停止個案的急救成功率，可從原來 7% 提高至 38%。為拯救突發性心臟停止病患之生命，引用美國公共場所設置 AED 之標準，爰提案每天有 250 名 50 歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）。

（二）本署對相關修正草案意見

1. 公共場所設置 AED 係屬公共利益，又法律明文課予私人所設公共場所之強制義務，本修正案並非首例，如公共場所母乳哺育條例第五條規定公共場所應設置哺（集）乳室供民眾使用、消防法第六條規定場所應設置消防安全設備等措施。復按設置自動體外心臟電擊去顫器不但可保護所屬員工亦可保護其他人，以提供健康安全之環境，進而提升企業公益形象。我國目前 AED 比率每 10 萬人口 15.2 台，按本署「開創全民均等健康照護計畫」，AED 布建指標，預計至 105 年每 10 萬人口達 25 台，預期增加 2,254 台，所需費用約 5 億 802 萬元，如欲達成日本標準每 10 萬人口 234 台之標準，須增加 51,000 台，費用達 102 億元。爰其設置之補助及獎勵，建請得審酌辦理。
2. 為鼓勵路人對緊急傷病患者伸出援手，將國外「善良的撒瑪利亞人法」的救人不受罰精神納入，期使鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施救，符合推動本意，爰敬表支持並尊重委員意見。
3. 緊急醫療救護法第十七條所列係屬供民眾辨識之必要外觀要件，而「車廂內外監視錄影器」屬內部設備，建請收錄於該法第十五條授權訂定之「救護車裝備標準及管理辦法」中予以增修；另查救護車設置機關，消防機關占約半數，消防法第二十四條第二

項亦有授權訂定「直轄市消防機關救護車裝備人力配置標準」，需併請內政部配合修正相關法規。

4. 本署委託台灣急診醫學會辦理「民眾心肺復甦與早期電擊推動之評估計畫」研究結果，建議 AED 設置場所應以「高密度」、「高風險」、「難到達」、「高效益」等原則，作為公共場所設置 AED 之建議基準。爰突發性的心臟停止，依前開原則將年齡、人潮、地點作為建議基準，並考量設置效益與施救效果，有關蔣委員等人提案每天有 250 名 50 歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置 AED，本署敬表支持並建議與本署擬具第十四條之一併案審查，授權訂定於子法中。

(二)「田秋堇委員等 19 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」，修正重點：

田秋堇委員等 19 人針對近年數起山難與野外地區緊急救護事件，凸顯野外地區緊急救護有其獨特性，救護方式及策略往往需針對地形、氣候、地點與傷病型態做綜合考量。修正重點臚列如下：

1. 野外地區緊急救護區域與野外地區之緊急醫療救護（第三條、第五條、第八條、第九條、第十二條、第十三條、第十四條、第三十條、第三十二條、第三十三條修正草案）

基於野外地區之緊急傷病型態與救護技術員所需技能與城市（郊區）或大量傷患大不相同，建議增列野外地區之緊急救護。

2. 訂定救護直昇機臨時起降辦法（第二十二條、第二十三條）：為增進野外地區救援時效且放寬避免救護直昇機之機能，增加授權訂定救護直昇機臨時起降辦法。
3. 野外救護技術員（第二十四條、第二十五條）：由於野外救護技術員所需之技能、救護技巧與一般（城市）救護技術員差異甚大，建議將本條文中救護技術員分類為一般（城市）救護技術員及野外救護技術員。由於野外地區，往往需要第一線機動力強之搜索隊。而將野外救護技術員分為搜索救護技術員、救援救護技術員及高階搜救救護技術員三類。

(三)本署對相關修正草案意見

1. 按本法所稱緊急醫療救護體系與機制，係依到院前現場之緊急傷病或大量傷病患之緊急救護、救援，及依醫療區域與醫院緊急醫療處理能力之後送醫療處理，分別由相關權責機關負責，並於其組織法及其相關法令定有明文與職掌：如直轄市、縣（市）消防機關應以轄內之消防分隊或鄉（鎮、市、區）為單位，劃分救護區，由消防機關或消防分隊設置救護隊，辦理緊急救護業務。山地、離島，得視實際需要增設救護隊。而野外地區之緊急救護亦屬到院前現場之緊急救護、救援，係屬內政部消防署權責，建請由內政部消防署研議。
2. 消防機關若發現有傷病患受困野外高山地區，需救護直昇機出動協助救援，定有相關機制請內政部空勤總隊出動救援。另查交通部主管之民用航空法相關作業規範已訂有直昇機執行緊急救難、緊急醫療救護時，其起降場所由機長視直昇機性能、地形及目視天氣情況，經判斷無安全顧慮後即可使用，爰無須再另行增訂救護直昇機臨時起降

辦法。

3. 救護技術員係依其所受緊急傷病患的訓練內容與能力，區分初級、中級及高級等三類，皆以其救護專業能力做分級，然為因應野外地區所需救護技術，基於救難與緊急救護無縫接軌基本精神，本署敬表支持，惟為避免因另定野外救護技術員之分軌，而限縮野外救護量能，建請同意將野外救護員所需之搜索、救援技能及野外急救所需預立醫療流程，一併納入「現行救護技術員管理辦法」與「醫療指導醫師實施辦法」一同增修，以利相關管理之一致性。

六、本案經聽取提案說明及主管機關意見後，與會委員審慎討論，對於中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備；在全國緊急醫療救護計畫中，野外地區緊急救護應予納入；在醫療指導醫師中，並得增加具野外醫學專業者及提升各級救護技術員執行緊急救護之品質指標、執行品質監測等。審查結果如下：

- (一)第三條，除第一款句中「野外地區之現場」修正為「野外地區傷病之現場」外，其餘照委員田秋堇等提案通過。
- (二)第五條，除第一項句中「其中，野外地區緊急救護區域需獨立劃分」修正為「其中，野外地區緊急救護應予納入」外，其餘照委員田秋堇等提案通過。
- (三)第八條，除第二款修正為「化學災害、輻射災害、燒傷、空中救護及野外地區之緊急醫療救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。」外，其餘照委員田秋堇等提案通過。
- (四)委員田秋堇等提案第九條條文，不予修正，維持現行條文。
- (五)第十二條，照委員田秋堇等提案，除修正第八款句中「救護運輸工具」為「救護車」外，餘照案通過。
- (六)委員田秋堇等提案第十三條及第二十三條條文，均不予修正，維持現行條文。
- (七)委員田秋堇等提案第十四條條文，不予修正，維持現行條文。
- (八)第十四條之一（委員蔣乃辛等提案第三十五條之一），照委員劉建國等 3 人所提修正動議再修正通過，文字為：「中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。

場所管理權人或法人負責人於購置設備後，應送衛生主管機關備查後，登錄於救災救護指揮中心。

前二項必要之緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

第一項公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備，必要時得獎勵或補助。」

- (九)第十四條之二，照委員劉建國等 3 人所提修正動議再修正通過，文字為：「救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。

救護人員於非值勤期間，前項規定亦適用之。」

- (十)委員盧秀燕等提案第十五條條文，不予修正，維持現行條文。

(十一)第十七條，照委員劉建國等提案通過。

(十二)第二十二條，照委員田秋堇等提案，除將「應配置之配備、查驗、給證」修正為「應配置之配備、查核」外，餘照案通過。

(十三)第二十四條，照現行條文，並增列第三項文字：「前項訓練之訓練課程，應包括野外地區之救護訓練。」

(十四)第二十五條，照委員田秋堇等提案第二十五條條文，修正為：「直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，其中並得增加具野外醫學專業者，建立醫療指導制度：

- 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。
- 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。
- 三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。

前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。」

(十五)第三十條，照委員田秋堇等提案第三十條條文，除修正第一項句中「應訂定大量傷病患救護辦法及野外地區緊急救護辦法」為「應訂定大量傷病患救護（含野外地區緊急救護）辦法」外，餘照案通過。

(十六)第三十二條，照委員田秋堇等提案通過。

(十七)第三十三條，照委員田秋堇等提案第三十三條條文通過。

(十八)委員劉建國等提案第四十四條條文，不予修正，維持現行條文。

七、本案審查完竣提請院會公決，並由召集委員劉建國於院會討論本案時作補充說明，院會討論本法案前，不須交由黨團協商。

八、通過附帶決議 2 案：

(一)請行政院衛生署協同內政部消防署於本法公布後半年內依「高密度」、「高風險」、「難到達」、「高效益」四大原則，製作全國自動體外心臟電擊去顫器（AED）布建地圖，提供未來編列、審查預算的實質依據，同時作為鼓勵民間企業、團體捐贈 AED 數量、地點等具體標的資料。再者，請行政院衛生署與內政部消防署積極推動有效的全民 AED 使用教學，讓每個民眾遇到緊急危難時都會使用，避免 AED 淪為公共場所的昂貴裝飾品。

提案人：江惠貞 徐少萍

連署人：蘇清泉 鄭汝芬 田秋堇

(二)直昇機執行緊急醫療救護時，其起降場所雖有民營飛行場管理規則第二十二條之規定。但與行政院衛生署救護直昇機管理辦法第十條相干擾。爰要求行政院衛生署應參照民營飛行場管理規則第二十二條來修改救護直昇機管理辦法。

提案人：田秋堇

連署人：劉建國 徐少萍

九、附條文對照表 1 份。

審 查 會 通 過
行 政 院 提 案
委員劉建國等21人提案
委員蔣乃辛等23人提案
委員盧秀燕等38人提案
委員田秋堇等19人提案
現 行 法

緊急醫療救護法部分條文修正草案 條文對照表

審 查 會 通 過 條 文	行 政 院 提 案	委 員 等 提 案	現 行 法	說 明
(照委員田秋堇等提案修正通過) 第三條 本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項： 一、緊急傷病、大量傷病患或野外地區傷病之現場緊急救護及醫療處理。 二、送醫途中之緊急救護。 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。 四、醫療機構之緊急醫療。		委員田秋堇等 19 人提案： 第三條 本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項： 一、緊急傷病、大量傷病患或野外地區之現場緊急救護及醫療處理。 二、送醫途中之緊急救護。 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。 四、醫療機構之緊急醫療。	第三條 本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項： 一、緊急傷病或大量傷病患之現場緊急救護及醫療處理。 二、送醫途中之緊急救護。 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。 四、醫療機構之緊急醫療。	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之緊急傷病型態與救護技術員所需技能與城市（郊區）或大量傷患大不相同。 二、野外地區之定義為：「凡救護單位接受到病患之求救起至使用任何救護運輸工具將病患送達最接近之急救責任醫院所需時間大於一小時之地點」，建議同時增列為緊急醫療救護法施行細則第二條第六款。 三、基於上開理由，建議增列野外地區之緊急救護。 審查會： 第三條，除第一款句中「

				野外地區之現場」修正為「野外地區傷病之現場」外，其餘照委員田秋堇等提案通過。
（照委員田秋堇等提案修正通過） 第五條 為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。其中，野外地區緊急救護應予納入。 中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。		委員田秋堇等 19 人提案： 第五條 為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。<u>其中，野外地區緊急救護區域需獨立劃分。</u> 中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。	第五條 為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。 中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之緊急傷病型態與救護技術員所需技能與城市（郊區）或大量傷患大不相同，故應獨立定義之。 二、野外地區獨立劃分有助於國家及野外搜救資源之整合、指揮與運用，且不影響到一般地區之緊急救護資源。 三、基於上開理由，建議增列野外地區緊急救護區域需獨立劃分。 審查會： 第五條，除第一項句中「其中，野外地區緊急救護區域需獨立劃分」修正為「其中，野外地區緊急救護應予納入」外，其餘照委員田秋堇等提案通過。
（照委員田秋堇等提案修正通過）		委員田秋堇等 19 人提案： 第八條 中央衛生主管機	第八條 中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之緊急傷病

第八條 中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查： 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。 二、化學災害、輻射災害、燒傷、空中救護及野外地區之緊急醫療救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。		關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查： 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。 二、化學災害、輻射災害、燒傷、<u>野外地區之緊急醫療救護</u>等特殊緊急醫療救護之諮詢。 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。	體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查： 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。 二、化學災害、輻射災害、燒傷及空中救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。	型態與救護技術員所需技能與城市（郊區）或大量傷患大不相同。 二、熟悉一般城市（郊區）緊急救護之各代表及學者專家未必了解野外地區之緊急傷病型態。野外地區緊急救援往往需建立在成熟的山野技能之上。山野技能更非一般學者專家所熟悉。 三、基於上開理由，建議增列野外地區之緊急救護。 審查會： 第八條，除第二款修正為「化學災害、輻射災害、燒傷、空中救護及野外地區之緊急醫療救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。」外，其餘照委員田秋堇等提案通過。
（維持現行條文）		委員田秋堇等 19 人提案： 第九條 中央衛生主管機關應依第五條第二項之緊急醫療救護區域協調指揮體系，委託醫療機	第九條 中央衛生主管機關應依第五條第二項之緊急醫療救護區域協調指揮體系，委託醫療機構於各區域內組成區域	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之緊急傷病型態與救護技術員所需技能與城市（郊區）或大量傷患大不相同。

二、區域內之野外地區往往屬於同一山脈或相近山區。野外救護資源可統籌運用。故野外地區協助與協調機能應獨立劃分之。

三、基於上開理由，建議增列野外地區之緊急救護。

審查會：

委員田秋堇等提案第九條條文，不予修正，維持現行條文。

緊急醫療應變中心（以下簡稱區域應變中心），辦理下列業務：

一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。

二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。

三、建置區域內災害醫療資源之資料庫。

四、協助規劃災害有關緊急醫療事件之復健工作。

五、定期辦理年度重大災害有關緊急醫療之演練。

六、跨直轄市、縣（市）之災害發生時，協助中央衛生主管機關調度區域內緊急醫療資源，進行應變工作。

七、協助中央衛生主管機關指揮區域內急救責任醫院派遣相關人員，協助處理大量緊

構於各區域內組成區域緊急醫療應變中心（以下簡稱區域應變中心），辦理下列業務：

一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。

二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。

三、建置區域內災害醫療資源之資料庫。

四、協助規劃災害有關緊急醫療事件之復健工作。

五、定期辦理年度重大災害有關緊急醫療之演練。

六、跨直轄市、縣（市）之災害發生時，協助中央衛生主管機關調度區域內緊急醫療資源，進行應變工作。

七、協助中央衛生主管機關指揮區域內急救責任醫院派遣相關人

		員，協助處理大量緊急傷病患。 <u>八、協助中央搜救指揮主管機關、區域內野外地區救護單位與急救責任醫院處理野外地區救護事件。</u> <u>九、其他有關區域緊急醫療災害應變事項。</u> 前項第六款與第七款調度、指揮之啟動要件、指揮體系架構、應變程序及其他應配合事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。	急傷病患。 八、其他有關區域緊急醫療災害應變事項。 前項第六款與第七款調度、指揮之啟動要件、指揮體系架構、應變程序及其他應配合事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。	
（照委員田秋堇等提案修正通過） 第十二條 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項： 一、建立緊急醫療救護資訊。 二、提供緊急傷病患送達醫療機構前之緊急	委員田秋堇等 19 人提案： 第十二條 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項： 一、建立緊急醫療救護資訊。 二、提供緊急傷病患送達醫療機構前之緊急傷病諮詢。	第十二條 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項： 一、建立緊急醫療救護資訊。 二、提供緊急傷病患送達醫療機構前之緊急傷病諮詢。 三、受理緊急醫療救護	委員田秋堇等 19 人提案： 一、由於野外地區之救護有其獨特性，且許多地方救護車都無法抵達。基於尊重生命，時間寶貴之概念。在民眾求援至送抵醫院大於兩小時之野外地區，救護直昇機是必須列入考慮的救護運輸工具之一。 二、基於上開理由，於本條第八款中增列野外地	

傷病諮詢。 三、受理緊急醫療救護申請。 四、指揮救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護。 五、聯絡醫療機構接受緊急傷病患。 六、聯絡救護運輸工具之設置機關（構）執行緊急救護業務。 七、協調有關機關執行緊急救護業務。 八、遇緊急傷病、大量傷病患或野外地區救護時，派遣當地救護運輸工具設置機關（構）之救護車及救護人員出勤，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。		三、受理緊急醫療救護申請。 四、指揮救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護。 五、聯絡醫療機構接受緊急傷病患。 六、聯絡救護運輸工具之設置機關（構）執行緊急救護業務。 七、協調有關機關執行緊急救護業務。 八、遇緊急傷病、大量傷病患或野外地區救護時，派遣當地救護運輸工具設置機關（構）之救護運輸工具及救護人員出勤，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。	申請。 四、指揮救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護。 五、聯絡醫療機構接受緊急傷病患。 六、聯絡救護運輸工具之設置機關（構）執行緊急救護業務。 七、協調有關機關執行緊急救護業務。 八、遇緊急傷病或大量傷病患救護時，派遣當地救護車設置機關（構）之救護車及救護人員出勤，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。	區救護及將「救護車」變更為「救護運輸工具」。 審查會： 第十二條，照委員田秋堇等提案，除修正第八款句中「救護運輸工具」為「救護車」外，餘照案通過。
（維持現行條文）		委員田秋堇等 19 人提案： 第十三條 直轄市、縣（市）消防主管機關應依其轄區人口分佈、地理環境、交通及醫療設施	第十三條 直轄市、縣（市）消防主管機關應依其轄區人口分佈、地理環境、交通及醫療設施狀況，劃分救護區，並	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之緊急救護與一般緊急救護大不相同。人員需要之技能、使用之救護運輸工具、

		狀況，劃分救護區，並由救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務。<u>其中，野外地區之緊急救護需獨立劃分。</u>	由救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務。	使用之工具與接近病人之方式也與一般緊急救護不同。救護區之劃分也不宜以一般區來劃分。需參照山脈、水文與既有之步道來劃分才可使野外救護工作進行順遂。 二、基於上開理由，增列「其中，野外地區之緊急救護需獨立劃分。」 審查會： 委員田秋堃等提案第十三條條文，不予修正，維持現行條文。
（維持現行條文）		委員田秋堃等 19 人提案： 第十四條 前條救護隊或消防分隊，每隊至少應配置救護車一輛及救護人員七名，其中專職人員不得少於半數。<u>野外地區之緊急救護分隊，每隊至少須配置搜索隊員三名、救護隊員三名及高階搜救員一名。其中，專職人員不得少於半數。</u>	第十四條 前條救護隊或消防分隊，每隊至少應配置救護車一輛及救護人員七名，其中專職人員不得少於半數。	委員田秋堃等 19 人提案： 一、野外地區之搜索、救援與救護往往需要專業分工與具充沛經驗之搜索隊、救護隊與現場指揮官，且以上諸野外救護人員無法以一般緊急救護技術員流用之。 二、基於上開理由，增列「野外地區之緊急救護分隊，每隊至少須配置搜索隊員三名、救護隊

				員三名及高階搜救員一名。其中，專職人員不得少於半數。」 審查會： 委員田秋堇等提案第十四條條文，不予修正，維持現行條文。
(修正通過) 第十四條之一 中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。 場所管理權人或法人負責人於購置設備後，應送衛生主管機關備查後，登錄於救災救護指揮中心。 前二項必要之緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。 第一項公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急	第十四條之一 中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備。 前項緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。	委員劉建國等 21 人提案： 第十四條之一 中央衛生主管機關應獎勵或補助公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。 前項場所負責人於購置設備後，應通報登錄於救災救護指揮中心，並以善良管理人之注意維護之。 委員蔣乃辛等 23 人提案： <u>第三十五條之一 每天有二百五十名五十歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）。</u>		行政院提案： 一、<u>本條新增</u>。 二、依據美國心臟醫學會於二〇一〇年公布針對非創傷猝死病患所應立即採取生命之鏈，包括儘早求救、儘早施予心肺復甦術、儘早電擊去顫、儘早開始進行高級救命術及整合性復甦後照顧，此五環節之前三環節均可於事發現場進行，爰若發生民眾發生心跳停止之個案，其存活機會與現場目擊者有相當大關係。 三、據統計臺灣每年有二萬名患者於到達醫院前沒有正常心跳，消防機關設置之救護車上配有

自動體外心臟電擊去顫器，救護人員在車上施予心臟電擊，可將患者存活率從不到百分之一提升到百分之五；如果進一步在公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器，依日本經驗顯示，患者存活率可達百分之三十八，為推廣設置緊急救護設備，爰於第一項規定經公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備，以提高急救成功率，並於第二項授權中央衛生主管機關訂定相關設置方式、管理及使用訓練之辦法。

四、自動體外心臟電擊去顫器係指經行政院衛生署食品藥物管理局查驗登記，取得輸入或製造許可證，具備電腦自動判讀個案心臟搏動情形，得由非具醫事人員資格者操作之自動體外電擊去（除）顫器。

救護設備，必要時得獎勵或補助。

委員劉建國等 21 人提案：

一、本條新增。

二、根據美國心臟醫學會於 2010 年公布針對非創傷猝死病患所應立即採取生命之鏈，包括儘早求救、儘早施予心肺復甦術、儘早電擊去顫、儘早開始進行高級救命術及整合性復甦後照顧，此五環節之前三環節均可於事發現場進行，若發生民眾發生心跳停止之個案，存活機會與現場目擊者有相當大關係。再據統計臺灣每年有 2 萬名患者於到達醫院前沒有正常心跳，救護人員在救護車上施予心臟電擊，可提升患者存活率。如果進一步在公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator, AED，以下同），依日本經驗顯示，患者存活率可達 38%

。為提高國人遭遇緊急傷病之存活率，推動公共設施裝設 AED 自有其必要。

三、行政院提案增訂內容

「中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備。」，係比照消防設施設置之精神，但非無疑義：

(一)上開提案係干涉行政，依比例原則觀之，課予私人之公共場所強制裝設 AED 之義務，是否有其必要性仍有爭議，不宜以法律規定強制之。參考美國之作法係以每年 2,500 萬美元之補助費來推動設置，我國得比照此方式推動。

(二)緊急救護設備種類眾多，各所要求之使用條件限制並不

相同，未必能為一般未受過專業訓練之民眾所使用，是以行政院提案條文有涵蓋過廣，不符合明確性原則之嫌。

爰此，應明確指定裝設之設備（AED）為宜。

四、鼓勵裝設 AED 等緊急醫療設施後，應納入緊急醫療體系，以利緊急救護人員掌握現場可運用之工具，故應要求場所負責人於裝設設備後向救災救護指揮中心通報登錄。此外，設備亦須妥善維護以維持功效，爰明訂場所管理人應管理與維護設備。

五、第一項之獎勵或補助措施、其他緊急救護設備之內容、第二項之通報登錄、設備維護、定期檢測及其他有關事項之辦法，應依照本法第五十七條規定授權中央

主管機關會同訂定細則及相關辦法。

委員蔣乃辛等 23 人提案：

一、本條新增。

二、依據日本推廣 AED 經驗，公共場所發生突發性心臟停止個案的急救成功率，可從原來 7%提高至 38%。

三、台灣每年約發生兩萬名起到院前心臟停止個案，如果在公共場所廣設 AED，每年可拯救更多瀕臨死亡的患者，由原來的 1400 人增加到 7600 人。

四、為拯救突發性心臟停止病患之生命，比照美國公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）之標準，提案增訂本條文。

審查會：

第十四條之一（委員蔣乃辛等提案第三十五條之一），照委員劉建國等 3 人所提修正動議再修正通過

				，文字為：「中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。 場所管理權人或法人負責人於購置設備後，應送衛生主管機關備查後，登錄於救災救護指揮中心。 前二項必要之緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。 第一項公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備，必要時得獎勵或補助。」
（修正通過） 第十四條之二 救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。 救護人員於非值勤	第十四條之二 救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。	委員劉建國等 21 人提案： 第十四條之二 未具救護人員資格者，為免除他人生命之急迫危險，使用自動體外電擊去顫器或施予心肺復甦術致生損害者，非因故意或重大過失，不負損害賠償責任；非因故意致他人		行政院提案： 一、<u>本條新增</u>。 二、針對患者到達醫院前心肺功能停止或沒有正常心跳者，於送到醫院前如未進行任何急救處置，患者存活率大約僅百分之一，如當下有任何人對該患者施予心肺

復甦術，則其存活率可達百分之五至十左右；如果施予心肺復甦術再配合使用自動體外心臟電擊去顫器，則患者存活率將可提高至約百分之二十。

三、民眾對於需急救之患者本無救助義務，但對於需急救之患者而言，時效乃決定其預後之重要因素。按醫學統計，從心跳停止導致腦部沒有血液供應時算起，四分鐘後腦細胞會因缺氧而開始分解破壞，十分鐘後將產生不可逆壞死，即使救回亦可能是植物人，故爭取搶救之數分鐘生命黃金時效有其必要性。

四、急救或許可能發生無法事先預測之風險，然對患者而言仍有利益存在，雖現行民法、刑法已有免除相關民事及刑事責任之規定，惟大部

受傷或死亡者，不負刑事責任。

前項規定於非值勤期間，或於延長執勤期間之救護人員亦適用之。

期間，前項規定亦適用之。

分民眾相關責任仍存疑義，為避免對於民事、刑事責任不必要之誤解或顧慮而影響民眾伸出援手施救之意願，爰增訂本條。

五、按本法第四條規定，本法所稱緊急醫療救護人員（以下簡稱救護人員），指醫師、護理人員、救護技術員，為避免救護人員在執行業務與善行義舉間有所爭議，並提升救護人員伸出援手施救之意願，對於救護人員下班後，使用緊急救護設備或施予急救措施者，亦適用本條規定。

委員劉建國等 21 人提案：

一、本條新增。

二、緊急救護設備種類眾多，各所要求之使用條件限制並不相同，未必能為一般未受過專業訓練之民眾所使用。將來恐怕會有因個人認知不

同，造成錯誤判斷的可能，會滋生可否免責之疑義，故於推廣公共場所設置緊急救護設備時仍應就設備種類明確限制。

三、AED 具有「自動判斷心律是否需要電擊」之功能，大部份的醫療專業人員都認同 AED 簡單、安全、易用，任何人應該都可以操作。行政院衛生署於 2008 年 1 月 17 日召開「急救教育訓練推廣」研商會議，決議將推廣全民心肺復甦術（Cardi-opulmonary Resuscitation，CPR）＋AED 之訓練，正式開放一般民眾可以使用 AED 及 CPR 於緊急急救上，民眾於事故現場使用 AED 施行臨時急救，係符合《醫師法》第 28 條第 4 款「臨時施行急救」之規定），建議使用 AED 人員能接

受相關訓練（CPR＋AED）。

四、對生命處於急迫危險狀態下之人進行急救行為，應在民事及刑事責任上適用己及避難之規定免責，然而由於緊急避難亦有避難過當等適用問題，對於民眾而言可能誤以完全免責，故明確規定民事責任及刑事責任，而將刑事責任限制在以因故意造成他人受傷或死亡者，負刑事責任。

審查會：

第十四條之二，照委員劉建國等 3 人所提修正動議再修正通過，文字為：

「救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。

救護人員於非值勤期間，前項規定亦適用之。」

（維持現行條文）

委員盧秀燕等 38 人提案：
第十五條 救護車分為一般救護車及加護救護車，須裝設車內外監視錄影器；其裝備標準、用途及有關事項之管理辦法，由中央衛生主管機關定之。

第十五條 救護車分為一般救護車及加護救護車；其裝備標準、用途及有關事項之管理辦法，由中央衛生主管機關定之。

委員盧秀燕等 38 人提案：
一、目前國內販售具監視功能之行車記錄器，主要為記錄車輛前方況，一旦發生發通事故或糾紛，可以提供影像保留證據。因此國內目前雖無任何強制規定，多數自小客車駕駛人已自行裝設此類具監視功能之監視錄影器。不僅可於發生交通事故時立即提供警方成為舉證利器，且經由影片記錄更可清楚還原事故現場，避免出現各說各話引發爭端。

二、根據道路交通安全規則第九十三條及第一百一十三條規定，「消防車、救護車、警備車及工程救險車執行任務時，得不受行車速度之限制，且於開啟警示燈及警鳴器執行緊急任務時，得不受標誌、標線及燈號指示之限制。」，

但是救護車經常為將急救病患緊急送醫須高速行駛，不僅容易發生交通車禍意外，也因為超速或違規行駛仍然會被拍照開罰，更可能因舉證不足而無法註銷罰單，對於救護車駕駛人員相當不公平。此外，由於救護車於執勤時可不受道路規則，亦可能發生救護車駕駛人員濫用職權之弊端。如強制加裝行車記錄器，當上述救護車輛因必須載送病患時，可以舉證免受交通規定處罰，而當濫行職權時，亦可有效予以規範約制。

三、目前台北市公車評鑑指標，增加須加裝車內外監視錄影器評鑑項目，而民國 100 年六月台北市議會三讀通過自治條例，強制學童交通車（娃娃車）皆須加裝具監視功能之行車記錄器

。爰此，為防止救護車駕駛人員於執勤時違反道路規定被拍照舉發，欲註銷罰單時，又恐因舉證不完備引發爭端，同時為避免救護車駕駛人員於非值勤時間濫用職權，引發非議，因此修訂本法第十五條「須裝設車內外監視錄影器」之規定，保障救護車駕駛人員於執勤時不受道路規定限制之職權，也避免救護車駕駛人員於非值勤時間濫權問題。

審查會：

委員盧秀燕等提案第十五條條文，不予修正，維持現行條文。

（照委員劉建國等提案通過）
第十七條 救護車應裝設警鳴器、車廂內外監視錄影器及紅色閃光燈，車身為白色，兩側漆紅色十字及機關（構）名

委員劉建國等 21 人提案：
第十七條 救護車應裝設警鳴器、車廂內外監視錄影器及紅色閃光燈，車身為白色，兩側漆紅色十字及機關（構）名稱，車身後部應漆許可

第十七條 救護車應裝設警鳴器及紅色閃光燈，車身為白色，兩側漆紅色十字及機關（構）名稱，車身後部應漆許可字號。未經所在地直轄市、縣（市）衛生主管

委員劉建國等 21 人提案：
依據道路交通安全規則之規定，執行任務之消防車、救護車及警車不受號誌指示之限制，就救護車而言，除經常為急救任務高速行駛、穿越號誌之高行

稱，車身後部應漆許可字號。未經所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關核准，不得為其他標識。 前項救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈。		字號。未經所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關核准，不得為其他標識。 前項救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈。	機關核准，不得為其他標識。 前項救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈。	車風險行為，容易發生交通意外事故，且其擔負載送傷病患者緊急送醫之任務，如發生交通意外、行車糾紛致生緊急醫療救護上糾紛，此類事件隨著「中指蕭」、「計程救護車」等事件造成社會輿論譁然。為便於舉證、還原事故發生時狀態，保障急救者與傷病患者權益，更進一步防止濫用，紀錄救護車出勤時之車體內外畫面之需求，日益升高，爰修正本條文。又坊間俗稱「行車紀錄器」之監看錄影設備與交通法規上用於大型車輛之「行車紀錄器」並不一致，後者並無紀錄畫面之功能，對於事故發生僅有行車距離與速度之功能，故採「監視錄影器」之名稱。 審查會： 第十七條條文，照委員劉建國等提案通過。
（照委員田秋堇等提案修		委員田秋堇等 19 人提案：	第二十二條 救護直昇機	委員田秋堇等 19 人提案：

正通過) 第二十二條 救護直昇機、救護飛機、救護船(艦)及其他救護車以外之救護運輸工具，其救護之範圍、應配置之配備、查核、申請與派遣救護之程序、停降地點與接駁方式、救護人員之資格與訓練、執勤人數、執勤紀錄之製作與保存、檢查及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關會同有關機關定之。		第二十二條 救護直昇機、救護飛機、救護船(艦)及其他救護車以外之救護運輸工具，其救護之範圍、應配置之配備、<u>查驗、給證</u>、申請與派遣救護之程序、停降地點與接駁方式、救護人員之資格與訓練、執勤人數、執勤紀錄之製作與保存、檢查及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關會同有關機關定之。	、救護飛機、救護船(艦)及其他救護車以外之救護運輸工具，其救護之範圍、應配置之配備、申請與派遣救護之程序、停降地點與接駁方式、救護人員之資格與訓練、執勤人數、執勤紀錄之製作與保存、檢查及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關會同有關機關定之。	一、現行緊急醫療救護法並無針對救護直昇機進行查驗故有部分非救護直昇機執行救護直昇機之業務，對於傷病患之機上運送過程及到院前照顧影響至鉅。 二、建議比較救護車之規定，經配備有救護裝備且查驗後方可給證，給證後方可執行救護直昇機業務。 三、基於上開理由，建議於本條中加入查驗、給證。 審查會： 第二十二條，照委員田秋堇等提案，除將「應配置之配備、查驗、給證」修正為「應配置之配備、查核」外，餘照案通過。
(維持現行條文)		委員田秋堇等 19 人提案： 第二十三條 中央衛生主管機關為因應離島、偏遠地區或<u>野外地區</u>緊急醫療救護之需要，得會	第二十三條 中央衛生主管機關為因應離島、偏遠地區緊急醫療救護之需要，得會同有關機關規劃設置救護直昇機之	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之傷病往往受限於道路或路程，救護直升機必須列為救護運輸工具之選擇之一。

		同有關機關 <u>訂定救護直昇機臨時起降辦法</u> 。	停機坪。	二、野外地區之傷病患發生地點無法預期，無法於傷病地點預先設置停機坪。 三、直昇機於定點臨時起降接送病患並非一定要停機坪，也可以用滯空或半滯空吊掛方式進行。 四、為增進野外地區救援時效且避免救護直昇機之機能被原條文中之停機坪受限。建議將野外地區增列於本條文且變更本條文中之「規劃設置救護直昇機之停機坪」為「訂定救護直昇機臨時起降辦法」。 審查會： 委員田秋堇等提案第二十三條條文，不予修正，維持現行條文。
（修正通過） 第二十四條 救護技術員分為初級、中級及高級三類。		委員田秋堇等 19 人提案： 第二十四條 救護技術員分為<u>一般（城市）救護技術員及野外救護技術</u>	第二十四條 救護技術員分為初級、中級及高級三類。 前項各級救護技術	委員田秋堇等 19 人提案： 一、由於野外救護技術員所需之人員技能、救護技巧與一般（城市）救

前項各級救護技術員之受訓資格、訓練、繼續教育、得施行之救護項目、應配合措施及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

前項訓練之訓練課程，應包括野外地區之救護訓練。

員。

一般救護技術員分為初級、中級及高級三類。

野外救護技術員分為搜索救護技術員、救援救護技術員及高階搜救救護技術員三類。

前二項各級救護技術員之受訓資格、訓練、繼續教育、得施行之救護項目、應配合措施及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

各級野外救護技術員於野外現場得施行項目，若涉及醫療行為，得使用預立醫囑執行之，前述預立醫囑需由野外醫療指導醫師訂定並於事後簽核。且上開行為不受醫師法第二十八條之規範。

員之受訓資格、訓練、繼續教育、得施行之救護項目、應配合措施及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

護技術員差異甚大，建議將本條文中救護技術員分類為一般（城市）救護技術員及野外救護技術員。

二、一般（城市）救護技術員分級維持為條文所述。

三、由於野外地區，往往需要第一線機動力強之搜索隊，俟找到病患後由救護隊接手，這當中之指揮協調需有依經驗豐富之指揮官負責。基於上開理由，建議將野外救護技術員分為「搜索救護技術員、救援救護技術員及高階搜救救護技術員三類。」其中，高階搜救技術員只為擔任野外地區搜救指揮官。

四、在野外地區，許多緊急醫療處置若未及時進行。病人往往會快速導致死亡。因此建議野外救護技術員可施行項目

				若涉及醫療行為，可以用野外醫療指導醫師訂定之預立醫囑進行。且不受醫師法第二十八條規範。方能在第一時間拯救危急之病患。 審查會： 第二十四條，照現行條文，並增列第三項文字：「前項訓練之訓練課程，應包括野外地區之救護訓練。」
（照委員田秋堇等提案修正通過） 第二十五條 直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，其中並得增加具野外醫學專業者，建立醫療指導制度： 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。		委員田秋堇等 19 人提案： 第二十五條 直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，建立醫療指導制度： 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。 三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄	第二十五條 直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，建立醫療指導制度： 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。 三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區之緊急傷病型態與城市地區緊急傷病型態大不相同，派遣之建議之考量需兼具地形、氣候、傷病型態與救護運輸工具，此與城市緊急救護大異其趣。是以野外地區緊急救護醫療指導醫師有其必要且須獨立設置之。 二、許多野外地區充滿通訊之死角，也有許多野外地區，雖然有通訊但卻因地形或氣候的阻隔

三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。

前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。

表。

四、於野外地區緊急救護中辦理前三款業務並得提供派遣需求建議與即時遠距醫療。野外地區醫療指導醫師需獨立設置之。

前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。

前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。

致使病患無法立即脫困送醫，因此預立醫囑與遠距醫療顯得相當重要。

三、基於上開理由，建議本條增列第四款「於野外緊急救護中辦理前三款業務並得提供派遣需求建議與即時遠距醫療。野外地區醫療指導醫師需獨立設置之」。

審查會：

第二十五條，照委員田秋堇等提案第二十五條條文，修正為：「直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，其中並得增加具野外醫學專業者，建立醫療指導制度：

- 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。
- 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。
- 三、核簽高級救護員依據

預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。
前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。」

				預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。 前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。」
（照委員田秋堇等提案修正通過） 第三十條 直轄市、縣（市）衛生主管機關應訂定大量傷病患救護（含野外地區緊急救護）辦法，並定期辦理演習。 前項演習，得聯合消防等有關機關舉行，並請當地醫療機構及救護車設置機關（構）配合辦理。		委員田秋堇等 19 人提案： 第三十條 直轄市、縣（市）衛生主管機關應訂定大量傷病患救護辦法及<u>野外地區緊急救護辦法</u>，並定期辦理演習。 前項演習，得聯合消防等有關機關舉行，並請當地醫療機構及救護車設置機關（構）配合辦理。	第三十條 直轄市、縣（市）衛生主管機關應訂定大量傷病患救護辦法，並定期辦理演習。 前項演習，得聯合消防等有關機關舉行，並請當地醫療機構及救護車設置機關（構）配合辦理。	委員田秋堇等 19 人提案： 一、野外地區緊急救護與城市或醫院內之大量傷患大不相同，地理環境、人員所需技能與救護運輸工具之需求天差地遠，城市之演習完全無法應用在野外地區。 二、基於上開理由，建議本條加入野外地區緊急救護辦法。 審查會： 第三十條，照委員田秋堇等提案第三十條條文，除修正第一項句中「應訂定大量傷病患救護辦法及野外地區緊急救護辦法」為「應訂定大量傷病患救護（含野外地區緊急救護）辦法」外，餘照案通過。

（照委員田秋堃等提案通過） 第三十二條 直轄市、縣（市）政府遇大量傷病患或野外緊急救護，應依災害規模及種類，建立現場指揮協調系統，施行救護有關工作。 前項大量傷病患或野外緊急救護處理涉及軍事機密時，應會商軍事機關處理之。		委員田秋堃等 19 人提案： 第三十二條 直轄市、縣（市）政府遇大量傷病患或<u>野外緊急救護</u>，應依災害規模及種類，建立現場指揮協調系統，施行救護有關工作。 前項大量傷病患或<u>野外緊急救護</u>處理涉及軍事機密時，應會商軍事機關處理之。	第三十二條 直轄市、縣（市）政府遇大量傷病患，應依災害規模及種類，建立現場指揮協調系統，施行救護有關工作。 前項大量傷病患處理涉及軍事機密時，應會商軍事機關處理之。	委員田秋堃等 19 人提案： 一、野外之緊急救護，往往要動員浩大之人力、物力與救護資源，現場需要一個熟練的指揮系統，且此指揮系統與醫院內及大量傷患大不相同。 二、基於上開理由，建議本條文加入野外緊急救護。 審查會： 第三十二條條文，照委員田秋堃等提案通過。
（照委員田秋堃等提案通過） 第三十三條 遇大量傷病患或野外緊急救護，參與現場急救救護人員及救護運輸工具設置機關（構），均應依現場指揮協調系統之指揮，施行救護。		委員田秋堃等 19 人提案： 第三十三條 遇大量傷病患或<u>野外緊急救護</u>，參與現場急救救護人員及<u>救護運輸工具設置機關（構）</u>，均應依現場指揮協調系統之指揮，施行救護。	第三十三條 遇大量傷病患，參與現場急救救護人員及救護車設置機關（構），均應依現場指揮協調系統之指揮，施行救護。	委員田秋堃等 19 人提案： 一、野外之緊急救護，往往要動員浩大之人力、物力與救護資源，現場需要一個熟練的指揮系統，且此指揮系統與醫院內及大量傷患大不相同。 二、野外地區之緊急救護，所需之救護運輸工具往往需要救護車、與救護直升機聯合救援。 三、基於上開理由，建議

				本條文加入野外緊急救護，並將救護車變更為救護運輸工具。 審查會： 第三十三條條文，照委員田秋堇等提案第三十三條條文通過。
(維持現行條文)		委員劉建國等 21 人提案： 第四十四條 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並通知限期改善；屆期未改善者，按次處罰至改善為止： 一、醫療機構違反第三十四條第二項規定。 二、急救責任醫院違反第三十九條第一項規定。 三、<u>設置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備之場所負責人違反第十四之一第二項規定。</u>	第四十四條 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並通知限期改善；屆期未改善者，按次處罰至改善為止： 一、醫療機構違反第三十四條第二項規定。 二、急救責任醫院違反第三十九條第一項規定。	委員劉建國等 21 人提案： 一、增訂第一項第三款。 二、本草案增訂第十四條之一第二項內容課以設置 AED 或其他必要之緊急救護設備之場所負責人應向消防機關之救災救護指揮中心通報登錄之義務，並維護設備，故訂定罰則以作為主管機關執行監督之法源依據。 審查會： 委員劉建國等提案第四十四條條文，不予修正，維持現行條文。

主席：審查報告已宣讀完畢，請劉召集委員建國補充說明。（不在場）劉召集委員不在場。

本案經審查會決議：「不須交由黨團協商」，請問院會，有無異議？（無）無異議，本案進行逐條討論時，逕依審查會意見處理。

現在進行逐條討論，宣讀第三條。

緊急醫療救護法部分條文修正草案（二讀）

第 三 條 本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：

- 一、緊急傷病、大量傷病患或野外地區傷病之現場緊急救護及醫療處理。
- 二、送醫途中之緊急救護。
- 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。
- 四、醫療機構之緊急醫療。

主席：第三條照審查條文通過。

宣讀第五條。

第 五 條 為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。其中，野外地區緊急救護應予納入。

中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。

主席：第五條照審查條文通過。

宣讀第八條。

第 八 條 中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查：

- 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。
- 二、化學災害、輻射災害、燒傷、空中救護及野外地區之緊急醫療救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。
- 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。
- 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。
- 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。

主席：第八條照審查條文通過。

宣讀第九條。

第 九 條 （維持現行條文）

主席：第九條維持現行條文。

宣讀第十二條。

第 十 二 條 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項：

- 一、建立緊急醫療救護資訊。
- 二、提供緊急傷病患送達醫療機構前之緊急傷病諮詢。
- 三、受理緊急醫療救護申請。
- 四、指揮救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護。
- 五、聯絡醫療機構接受緊急傷病患。
- 六、聯絡救護運輸工具之設置機關（構）執行緊急救護業務。
- 七、協調有關機關執行緊急救護業務。
- 八、遇緊急傷病、大量傷病患或野外地區救護時，派遣當地救護運輸工具設置機關（構）之救護車及救護人員出動，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。

主席：第十二條照審查條文通過。

宣讀第十三條。

第 十 三 條 （維持現行條文）

主席：第十三條維持現行條文。

宣讀第十四條。

第 十 四 條 （維持現行條文）

主席：第十四條維持現行條文。

宣讀第十四條之一。

第十四條之一 中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。

場所管理權人或法人負責人於購置設備後，應送衛生主管機關備查後，登錄於救災救護指揮中心。

前二項必要之緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

第一項公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備，必要時得獎勵或補助。

主席：第十四條之一照審查條文通過。

宣讀第十四條之二。

第十四條之二 救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。

救護人員於非值勤期間，前項規定亦適用之。

主席：第十四條之二照審查條文通過。

宣讀第十五條。

第 十 五 條 （維持現行條文）

主席：第十五條維持現行條文。

宣讀第十七條。

第 十 七 條 救護車應裝設警鳴器、車廂內外監視錄影器及紅色閃光燈，車身為白色，兩側漆紅色十字及機關（構）名稱，車身後部應漆許可字號。未經所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關核准，不得為其他標識。

前項救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈。

主席：第十七條照審查條文通過。

宣讀第二十二條。

第二十二條 救護直昇機、救護飛機、救護船（艦）及其他救護車以外之救護運輸工具，其救護之範圍、應配置之配備、查核、申請與派遣救護之程序、停降地點與接駁方式、救護人員之資格與訓練、執勤人數、執勤紀錄之製作與保存、檢查及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關會同有關機關定之。

主席：第二十二條照審查條文通過。

宣讀第二十三條。

第二十三條 （維持現行條文）

主席：第二十三條維持現行條文。

宣讀第二十四條。

第二十四條 救護技術員分為初級、中級及高級三類。

前項各級救護技術員之受訓資格、訓練、繼續教育、得施行之救護項目、應配合措施及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

前項訓練之訓練課程，應包括野外地區之救護訓練。

主席：第二十四條照審查條文通過。

宣讀第二十五條。

第二十五條 直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，其中並得增加具野外醫學專業者，建立醫療指導制度：

一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。

二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。

三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。

前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。

主席：第二十五條照審查條文通過。

宣讀第三十條。

第 三 十 條 直轄市、縣（市）衛生主管機關應訂定大量傷病患救護（含野外地區緊急救護）辦法，並定期辦理演習。

前項演習，得聯合消防等有關機關舉行，並請當地醫療機構及救護車設置機關（構）配合辦理。

主席：第三十條照審查條文通過。

宣讀第三十二條。

第三十二條 直轄市、縣（市）政府遇大量傷病患或野外緊急救護，應依災害規模及種類，建立現場指揮協調系統，施行救護有關工作。

前項大量傷病患或野外緊急救護處理涉及軍事機密時，應會商軍事機關處理之。

主席：第三十二條照審查條文通過。

宣讀第三十三條。

第三十三條 遇大量傷病患或野外緊急救護，參與現場急救救護人員及救護運輸工具設置機關（構），均應依現場指揮協調系統之指揮，施行救護。

主席：第三十三條照審查條文通過。

宣讀第四十四條。

第四十四條 （維持現行條文）

主席：第四十四條維持現行條文。

全案已全部經過二讀，現在繼續進行三讀，請問院會，有無異議？（無）無異議，現在繼續進行三讀。宣讀。

增訂緊急醫療救護法第十四條之一及第十四條之二條文；並修正第三條、第五條、第八條、第十二條、第十七條、第二十二條、第二十四條、第二十五條、第三十條、第三十二條及第三十三條條文（三讀）

—與經過二讀內容同，略—

主席：報告院會，三讀條文已宣讀完畢，請問院會，對本案有無文字修正？（無）無文字修正意見。

本案決議：緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文；並將第三條、第五條、第八條、第十二條、第十七條、第二十二條、第二十四條、第二十五條、第三十條、第三十二條及第三十三條條文修正通過。

繼續處理審查會所做之附帶決議。請宣讀。

一、請行政院衛生署協同內政部消防署於本法公布後半年內依「高密度」、「高風險」、「難到達」、「高效益」四大原則，製作全國自動體外心臟電擊去顫器（AED）布建地圖，提供未來編列、審查預算的實質依據，同時作為鼓勵民間企業、團體捐贈 AED 數量、地點等具體標的資料。再者，請行政院衛生署與內政部消防署積極推動有效的全民 AED 使用教學，讓每個民眾遇到緊急危難時都會使用，避免 AED 淪為公共場所的昂貴裝飾品。

二、直昇機執行緊急醫療救護時，其起降場所雖有民營飛行場管理規則第二十二條之規定。但與行政院衛生署救護直昇機管理辦法第十條相干擾。爰要求行政院衛生署應參照民營飛行場管理規則第二十二條來修改救護直昇機管理辦法。

主席：附帶決議內容已宣讀完畢，請問院會，對附帶決議內容有無異議？（無）無異議，照案通過。