

台灣海上救護審核機制之研究

The Study of the Verify Mechanism of Taiwan Maritime Medical Support

姜皇池^{*}、藍侑書^{**}、陳佳德^{***}、陳國勝^{****}

中文摘要

近年來我遠洋漁船發生人員傷病，船東或船主常為繼續捕魚而不願就近將傷病人員送至鄰國就醫，反要求政府派艦至搜救責任區外救援，且距離動輒數百或幾千浬，惟因台灣缺乏海上救護審核機制，往往造成勤務派遣困擾及耗費救難資源等情事。為此，農委會自 102 年推動建立「漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制」，除可降低海巡署之派船率外，同時亦可透過醫師提供醫療諮詢供漁民參考，保障漁民生命健康。然現行機制僅適用「漁船」。

本文建議交通部近程比照漁業署推動建立海上醫療諮詢機制，以解決商船無法適用問題；遠程則可參考日本制度，與國內醫院合作建立「船員無線醫療中心」，發展船員無線醫療諮詢系統，以實踐國際公約所賦予之國家責任。

關鍵字：海上緊急救護、救護審核機制、醫療諮詢

Abstract

In the recent years, while the crews on Taiwan's offshore fishing ships occurred injury cases, the owner or the captain was often wounded to continue fishing and reluctant to put the sick to the nearest coastal States for medical treatment. More

* 臺灣大學法律系專任教授，英國「倫敦大學」(University of London)「瑪莉皇后學院」(Queen Mary & Westfield College) 國際法法學博士。

** 行政院海岸巡防署海洋巡防總局海務組科員、中央警察大學水上警察研究所碩士。

*** 中央警察大學水上警察系警監教官，中央警官學校警政研究所碩士班 11 期。

**** 中央警察大學水上警察系專任教授、中央警官學校警政研究碩士。

than that, they even requested Taiwan government to dispatch a cutter over the area of Taiwan's rescueresponsibility, where are hundreds or thousands of miles away from Taiwan. In the past, Taiwan was lack of marine rescue assessment mechanism. Therefore, it often caused duty problems and wasted rescue resources. An mechanism was established by the Taiwan Fisheries Agency, which is called as "Fishermen's medical communications and consultation mechanism". This mechanism was implemented since 2013. It was not only solving the problem of resources abusing, but also providing medical advice or guidance by doctors for fishermen reference so as to protect the lives and health of fishermen. However, the mechanism applies only to "fishing ship".

This paper recommends that the Taiwan Ministry of Transportation and Communication should immediately take the advantages of "Fishermen's medical communications and consultation mechanism" and solve the problem that the mechanism can't be applied to "non-fishing ship". In the future, the government of Taiwan can refer to the system of Japan, cooperate with domestic hospitals and establish a crew radio medical center. Even more, develop a computer system for radio medical advisory use, so that Taiwan can practice the State responsibility which is conferred by international conventions.

Keywords : marine emergency medical service, rescue assessment mechanism, medical advice

壹、前言

台灣四面環海，周遭海域船隻來往頻繁，沿近海漁業蓬勃發展，遠洋漁業亦遍布全世界各主要漁場。因海上從業人員的工作性質特殊，其作業風險遠高於其他陸上及航空等行業，除因環境、天候及人為等因素可能造成海難事件致生人員傷亡外；船員亦無以避免發生「非因船舶海難」引起之傷病，如各種急重症、內科疾病、外傷、骨折、慢性病等，其中又可細分為需立即後送就醫之「緊急¹」及不需立即後送就醫之「非緊急」海上救護案件。

台灣對於海上傷病人員之救護，依「海岸巡防法」第4條第1項第7款之規定，執行機關為行政院海岸巡防署(以下簡稱海巡署)，該署自民國89年1月28日成立至今，

¹ 依據「緊急醫療救護法施行細則」第2條第1項，緊急傷病之定義：指具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理，將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病。

以「海域執法」、「海事服務」及「海洋事務」為三大核心任務²，另依其所屬海洋巡防總局（以下簡稱海洋總局）組織條例第 2 條第 3 款規定，海洋總局掌理執行海上緊急醫療救護事項，是以，政府對於海上人員傷病救護之責任，依法應僅限於「緊急」範疇，若非屬緊急案件，海巡署仍派遣能量救援，則恐有浪費國家社會資源之虞³。

近年來台灣遠洋漁船發生人員傷病情形，船東或船主常為繼續捕魚而不願就近就便將傷病人員送至鄰近沿海國就醫，反要求政府派艦至搜救責任區外救援，且距離動輒數百或幾千哩，惟因台灣缺乏海上救護審核機制，往往造成勤務派遣困擾及耗費救難資源等情事。

海巡署有鑒於此，向行政院提出缺乏海上救護審核機制及遠距派艦處理困難，在行政院邀集相關部會召開跨部會協商會議後，決議由農委會漁業署建立「漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制」，此機制自 102 年 1 月 22 日起開始試行至 7 月底，現已正式運作，且從半年間數據上之觀察，除可解決派勤浮濫之問題、降低海巡署之派船率外，同時亦可透過醫師線上提供醫療諮詢、建議與指導供台灣漁民參考，進而保障漁民生命健康。

然而目前農委會漁業署建立「漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制」仍存有精進空間，最主要之問題在於現行機制僅適用「漁船」，「非漁船」則無法適用此服務。

依國際公約及國內法相關規定，政府對於遭遇海難需緊急醫療救護之船員，基於維護其生命及生存權之目的，應盡最大之努力予以救助；特別是交通部於 102 年公告採行〈2006 年海事勞工公約〉之後，對於「單純海上人員傷病事件」，為落實海員健康權之維護，政府亦有責任與義務，全面推動建立海上醫療諮詢機制，另為因應可能將在 6 年後(2020 年)生效之〈2007 年漁業工作公約〉，漁業署亦有責任與義務與交通部共同面對此一課題。

為解決上開問題，必須先了解海上救護審核機制之內涵為何？台灣政府應由誰主導建立？如何建立？審核機制如何整合應用至海空能量之派遣等諸多問題，謹撰此文拋磚引玉，供實務及學界先進參考。

貳、海上救護審核機制之範圍、主要對象、統計分析、內涵與目的

² 行政院海岸巡防署海洋巡防總局網站，資料來源：<http://www.cga.gov.tw>，最後瀏覽日：2013 年 10 月 16 日。

³ 目前國內部分縣市消防機關(如台北市等)以有條件方式收費(如經救護車後送卻未至急診就醫、不可指定急救責任區外醫療院所等)，避免救護資源遭到濫用。

一、範圍

綜觀台灣緊急醫療救護體系相關法制，舉凡「緊急醫療救護法」、「緊急醫療救護法施行細則」、「消防法」、「緊急救護辦法」及「救護直昇機管理辦法」等法條內容，均停留於陸域及空域之思考⁴，並無針對「海上救護」予以定義，本文為明確探討對象及範圍，試援引「救護直昇機管理辦法」對於「空中救護」之定義(因「空中」與「海上」僅存在地域性之差異，本質上並無不同)，界定「海上救護」之範圍⁵如下：

(一) 海上緊急救護：緊急傷病患到院前之現場與送醫之緊急救護。

(二) 海上轉診：離島、偏遠地區醫院重大傷病患之轉診。

(三) 移植器官之緊急運送。

本文探討範圍，為台灣受理海上傷病人員申請救援案件時，即海上緊急救護時所面臨之「到院前現場與送醫之緊急救護」議題。

二、對象

依海巡署海洋總局統計年報⁶中，已將「海難」列為「災難救護及服務工作」，其中再分為「救難」及「救生」二項，而其中對於「救生」之定義，「指因人員落水或因從事有關水上作業、活動而受傷、生病，有致命之危險，由海巡署進行救援行動者，救援結果包括死亡、負傷、平安及失蹤」，故其定義係排除於「救難」以外。另海洋巡防總局並自 99 年起，針對救生細分為「人員落水」及「水上作業人員生病」等二項，其中「水上作業人員生病」部分，即為非因海難事故衍生之「單純人員傷病事件」。

海上救護審核機制之服務對象主要為非屬海難之海上「單純人員傷病事件」，因當值醫師除可提供現場人員進行緊急救護處置之諮詢、建議及指導外，對於海上傷病患之嚴重程度，是否「緊急」到需要國家派遣能量救援，則具備「派勤審核」之功能部份，為本文欲探討之主要對象。

⁴ 陳國勝、莊惟守，〈從法制面探討海巡機關在海上緊急醫療救護之角色〉，台灣海事安全與保安研究學刊雙月刊，Vol 4, No 4，2013 年 8 月，頁 15。

⁵ 參考「救護直昇機管理辦法」第 2 條：本辦法所稱空中救護，其範圍如下：一、空中緊急救護：緊急傷病患到院前之現場與送醫之緊急救護。二、空中轉診：離島、偏遠地區醫院重大傷病患之轉診。三、移植器官之緊急運送，發布日期：民國 92 年 6 月 26 日。

⁶ 行政院海岸巡防署海洋巡防總局編印，《海洋巡防統計年報》，2012 年，頁 207。

三、「水上作業人員生病」案件統計分析

依海洋總局統計，自 99 年 1 月 1 日至 103 年 3 月 31 日止的「水上作業人員生病案件」總計 170 件，每年平均約發生 40 件(如表 1)，其中以 102 年 57 件最高，101 年 55 件次之，且有逐年上升之趨勢；按案發區域分析，以領海件數最高，合計 66 件，佔 39%，內水次之，合計 45 件，佔 27%，而專屬經濟海域以外再次之，合計 33 件，佔 19%(如圖 1)。

從上開統計結果觀察可知，船舶海上救護案件集中在領海及內水，合計佔 66%，推測其原因，概因台灣沿近海漁船分佈數量較多；在商船方面，因船艇接駁救援之限制，多以直升機吊掛救援之方式，而直升機救援範圍原則在沿岸 80 浬以內，故亦以近海案件為主，至於專屬經濟海域以外之案件主體多為漁船，則因台灣遠洋作業漁船眾多有關。

另從案發地點分布之斑點圖(如圖 2)觀察，亦可發現案件多集中在台灣本島之沿近海，在北部、西北、澎湖海域案件有集中之趨勢，而南方海域亦有許多案件，且多在台灣搜救責任區(台北飛航情報區)外，另外東沙海域亦有少數零星案件。

表 1 歷年船舶海上救護案件統計表(99 年 1 月 1 日至 103 年 3 月 31 日)

年度	案發區域	岸際	內水	領海	禁止水域	鄰接區	內陸、港口、河道、機場	專屬經濟海域以外	合計
99 年		0	4	9	2	1	0	3	19
100 年		1	5	9	1	2	0	4	22
101 年		3	17	17	0	6	1	11	55
102 年		0	14	23	0	5	3	12	57
103 年第 1 季		0	5	8	0	0	1	3	17
合計		4	45	66	3	14	5	33	170
年平均(4.25)		0.9	10.6	15.5	0.7	3.3	1.2	7.8	40

(資料來源：海洋總局，本文自繪)

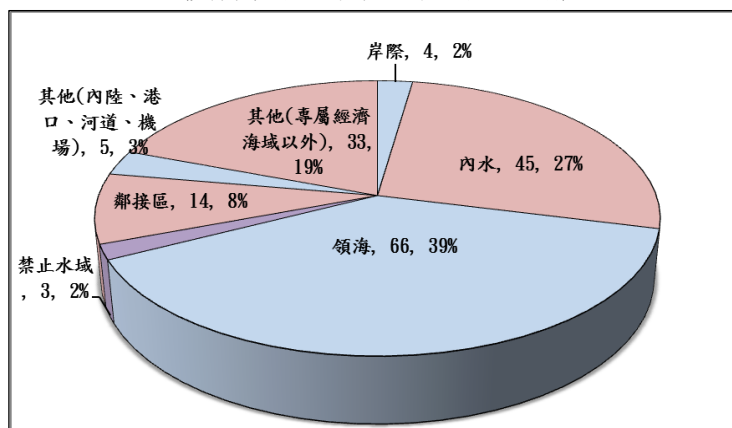


圖 1 海洋總局執行海上救護(救生)案件圓形比例圖
(資料來源：海洋總局，本文自繪)

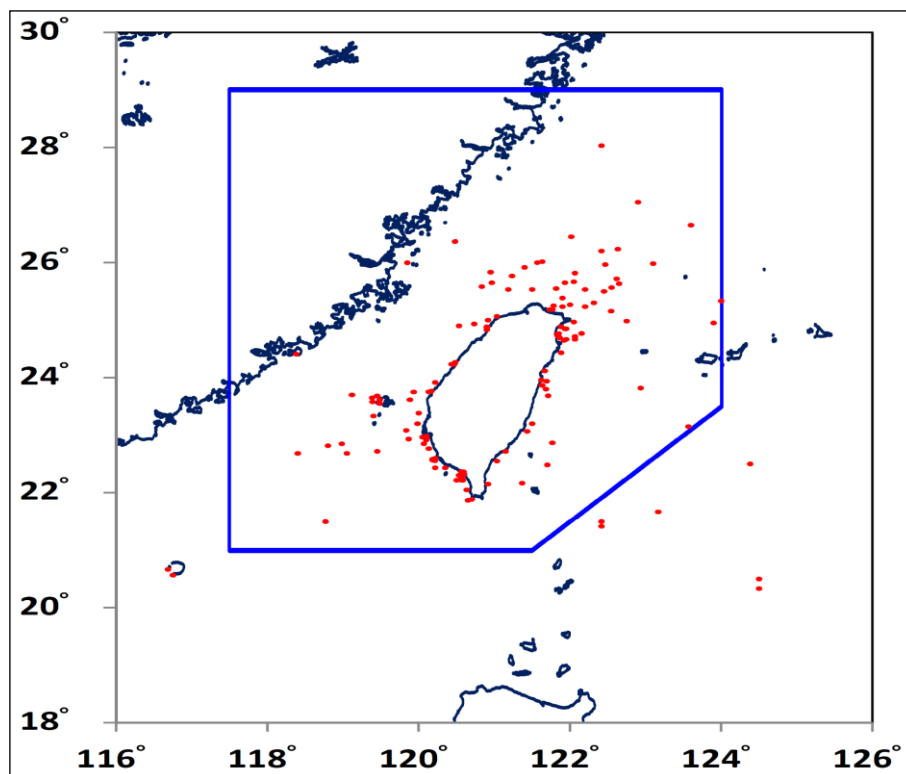


圖 2 海洋總局執行海上救護(救生)案件斑點圖
(資料來源：海洋總局，本文自繪，框線為台北飛航情報區)

三、內涵

海上救護審核機制之內涵，起初為民間提供海上傷病船員免費「醫療諮詢」服務，因成效良好，國際社會間亦逐漸重視海員健康權之重要，遂訂定數項有關海員健康公約，規範政府有責任主動提供此免費醫療諮詢服務，而政府亦可透過醫師專業意見，對海上船員傷病況之緊急與否進行審核，作為是否進一步派遣救援能量之參考。

民間提供海上傷病船員免費「醫療諮詢」服務之始祖可追溯自 1935 年，一位羅馬醫生籌建國際無線電醫療中心(International Radio Medical Centre, 簡稱 CIRM)，專門為海上遠航船員提供免費醫療服務⁷。而 15 年後，義大利政府將 CIRM 設立為基金會，並將其服務對象擴展至航海、航空人員及海島上缺乏醫療條件的居民。

⁷ CIRM 的總部設在羅馬，並提供如下三種服務：
(一) 醫療服務：由具有豐富急救和診斷經驗且可用英語交流的 10 名內科醫生和 49 名專科醫生負責每天 24 小時的無線電醫療服務。
(二) 遠距通信服務：由不間斷接線員接收和發送無線電、電報、電話及傳真的信息。
(三) 海員病理研究：專門研究與海員職業有關的病理及其診治方法，使醫療服務得以不斷提高。

根據資料統計，CIRM 至 2000 年(創立 60 多年)，已為 3 萬 7,000 多個病人提供服務。另根據 1996 年的統計資料，僅 1986 年至 1996 年的 10 年間，CIRM 就為 7,647 位患者提供了醫療服務，其中 91.3% 為海員，8.4% 為海島居民，而僅有 0.3% 為飛機乘客。

後續 CIRM 更進一步利用人造衛星同步傳輸視頻圖像、話音和醫學檢測數據(如心電圖等)，透過系統使服務總站的醫師觀察病人狀況，與船上人員對話同時取得實時檢測數據。此遠距醫療系統的特點是幫助病人應付各種緊急狀況，維持病人生命，穩定病情，使其能堅持到目的地⁸。

在國際無線電醫療中心(CIRM)成立以後，經過國際勞工組織數十年的努力推廣下，目前全世界已有將近 100 個國家，透過國家的海岸電台等單位，提供海上船舶免費之遠距醫療服務，然台灣並未列入其中。

另觀察美國及日本等先進國家，更透過類此機制，作為是否派遣救援能量，甚至將醫師送至現場以診治病患之參考。

從以上這些國際間之演進及資料數據可以證明，海上救護審核機制之建立，確實能提供船上現場處理人員醫療諮詢、建議及指導，並且提升海上醫療救護品質，亦為國際社會間之發展趨勢。

四、目的

本文試以台灣衛生福利部於民國 91 年成立之「全國空中緊急醫療救護諮詢中心」推動「空中救護審核機制」之成果予以借鏡，試想一個完善之海上救護審核機制，可預期達到的目的有：

- (一) 全天候 24 小時即時為海上緊急傷病患提供遠距醫療服務。
- (二) 使用科技視訊系統與現場救護人員合作，提供醫學專業處置建議。
- (三) 評估審核海上緊急醫療後送之適當性與必要性。
- (四) 協調醫院派遣隨行醫護人員之可行性與必要性。

⁸ 白淨、張永宏主編，《遠程醫療概論》，第 1 版，清華大學出版社，2000 年 10 月，頁 92。

(五) 繼續追蹤病患後續治療、定期檢討分析紀錄及建立船員傷病資料庫。

(六) 在病人安全及派勤能量安全前提下，使國家資源合理運用⁹。

參、海上救護審核機制之法制探討

一、國際公約

船員與陸上勞工最大之差異在於工作環境不同。由於船舶長年在國際港口間航行，活動範圍非僅侷限於台灣境內，因此除台灣法律管轄以外，尚受國際公約之約束¹⁰。故以「國際組織」的角度切入，與船員密切相關的組織有國際海事組織¹¹ (International Marine Organization; IMO)、國際勞工組織¹² (International Labor Organization; ILO)。

依照組織成立宗旨與運作內容，國際海事組織主要負責對於船舶及航行安全之行政事務及法規的制定，其對象是針對政府而非個人；國際勞工組織主要致力於對國際間一般勞工的保障¹³，主要探討「國家」、「船舶所有人或船長」及「船員」三方間之責任。本文限於篇幅，僅援引國際勞工組織對於船員健康權方面具直接相關性之國際公約。

統計至 2010 年，ILO 共通過 188 號公約及 199 號建議書¹⁴，而關於海上勞動共有 74 項公約及建議書¹⁵。其中因海員長時間於異於陸上環境的狹小船艙內生活，且於極端

⁹ 黃永忠，〈空中轉診之安全研究〉，臺北醫學大學傷害防治學研究所學位論文，2008 年 7 月，頁 103。

¹⁰ 許淑惠，〈船員人身傷亡處理與賠償制度之研究〉，國立臺灣海洋大學商船學系碩士論文，2007 年 1 月，頁 17。

¹¹ 原名「政府間海事協商組織公約」，因政府間海事協商組織從 1982 年 5 月 22 日起更名，公約亦更名為「國際海事組織公約 (Convention on the International Maritime Organization)」，次年於英國倫敦正式成立，並召開第一次大會。是總部設在聯合國的唯一專門機構，至 2013 年 6 月有 170 個會員國和 3 個聯繫會員。其管理機構每 2 年舉行一屆會議，由大會選出的 40 個會員國組成的理事會行使海事組織管理機構的職責。

¹² 國際勞工組織網站，總部設於日內瓦，成立於 1919 年 4 月 12 日，1946 年召開第 29 屆國際勞工會議時，通過加入成為聯合國的第一個專門機構，現有會員國 185 個，其成立宗旨在於世界毀滅性戰爭之後，以追求建立一個普遍、持久及和平性社會正義之願景，主要工作在於提倡工作權，促進就業機會，加強社會保護，深化有關工作議題之對話，資料來源：<http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--en/index.htm>，最後瀏覽日：103 年 3 月 20 日。

¹³ 劉德勇，〈船員傷病及撫恤制度之研究〉，國立臺灣海洋大學商船學系碩士論文，2007 年 12 月，頁 78。

¹⁴ 行政院勞工委員會編印，〈國際勞工公約、國際勞工建議書〉，2010 年。

¹⁵ 李文良，〈2007 年捕魚工作公約對我國勞動法制之衝擊〉，第二屆國際海洋法暨臺灣漁業問題國際研討會論文集，高雄市政府海洋局、國立臺灣海洋大學海洋法律研究所、台灣國際法學會等主辦，2010

天氣條件、搖晃與複雜的艙間及甲板上工作，其所承受的風險與身心負荷遠高於陸上工作者，加上船上醫療資源缺乏，突顯海員醫療保健工作的重要性¹⁶。故國際勞工組織自 1958 年提出〈第 106 號建議書：海上醫療諮詢建議書¹⁷〉、1987 年訂定〈第 164 號公約：海員健康保護與醫療公約¹⁸〉，確立海員在海上醫療權利之基本架構，並在 ILO 的持續努力下，使〈2006 年海事勞工公約¹⁹〉及〈2007 年漁業工作公約²⁰〉順利生效，形成二號統一之海員勞動條件公約、漁船船員勞動公約，其中有關國家對於維護海員健康保護與醫療方面應盡責任及義務，茲以規範對象區分為「商船」及「漁船」如下：

(一)、商船

- 1、 主管當局應通過一個預先安排的機制，保證船舶在海上能夠每天 24 小時均可得到通過無線電或衛星通訊提供的醫療指導，包括專家指導。醫療指導，包括船舶與岸上提供醫療諮詢的機構通過無線電臺或衛星通訊進行的醫療資訊溝通，均應由所有船舶免費使用，無論其懸掛哪一國旗幟；
- 2、 所有船舶均應備有一份最新的能夠獲得醫療指導的無線電臺的完整清單；並且，

年 11 月，頁 107。

- ¹⁶ 吳科鋤、魏彰佑，〈遠洋巡護結合醫療外交之探討〉，海巡署船舶緊急醫療救援座談會論文集，行政院海岸巡防署主辦，2011 年 3 月，頁 13。
- ¹⁷ 國際勞工組織於 1958 年 4 月 29 日在日內瓦舉行第 41 屆會議，經議決採納有關海上醫療諮詢內容之各項建議，並議決此等建議應採取建議書方式，於 1958 年 5 月 13 日通過。
- ¹⁸ 法治世界網，C164：Health Protection and Medical Care (Seafarers) Convention, 1987，經國際勞工局理事會召集，於 1987 年 9 月 24 日在日內瓦舉行第七十四屆會議，1987 年 10 月 8 日通過，全文計 21 條，資料來源：<http://www.tw-roc.org/book/index.php/4960/2011-03-30-11-27-30/2099-c164.html>，最後瀏覽日：103 年 3 月 20 日。
- ¹⁹ 國際勞工組織(ILO)於 2006 年 2 月份，共有來自 106 個會員國的政府、船舶所有人和海員三方代表共 1,135 人出席了在日內瓦舉行的第 94 屆國際海事勞工會議(International Labour Conference 94th Maritime Session)，會議中已通過海事勞工公約(Maritime Labour Convention；MLC)，在本屆大會最新的海事勞工公約版本中，主要將原先舊有的 68 個海事勞工公約進行修訂並整合歸納為綜合性條款，以求能獲大部份會員國之立法機關批准、採納，以做為保護全球海事勞工制訂統一的國際標準。同註 14，頁 19。
- ²⁰ 國際勞工組織於 2007 年 5 月 30 日在日內瓦舉行其第 96 屆會議，並認識到全球化對漁業部門有著深遠影響，注意到國際勞工組織 1998 年《關於工作中的基本原則和權利宣言》，並考慮到國際勞工公約及相關建議書中包含的基本權利，認為相關的規定不應成為成員國在社會保障方案項下將保護擴展到漁民的一個障礙，並承認與其他職業相比，國際勞工組織認為漁業是一個危險的職業，並銘記該組織的核心職責是促進體面的工作條件和需要保護和促進漁民在這方面的權利，再考慮到需要修訂國際勞工大會通過的專門針對漁業部門 5 個國際公約及 2 個建議書，以便使其惠及世界上人數更多的漁民，尤其是那些在小型船舶上工作的漁民，遂決定採用國際公約的形態，於 2007 年 6 月 14 日通過〈2007 年漁業工作公約〉。而本公約通過後，依 ILO 之推估將於 2020 年實施，同註 19，頁 191。

如果裝備了衛星通訊系統，則還應備有一份最新的能獲得醫療指導的岸上地面站的完整清單。應指導負責船上醫療或醫療急救的船員使用船舶醫療指南以及最新版《國際信號規則》的醫療部分，以使他們明白提供指導的醫生所需的資訊類型以及所收到的指導意見²¹；

- 3、各會員國主管機關應訂定一標準海員醫療報告書格式，作為船上醫師、船長、船上主管醫療人員及岸上醫院或醫師使用之範本，以便利船上與岸上交換有關個別海員傷、病醫療情形及其他相關資料；
- 4、各會員國主管機關應確保提供醫療指導之醫師，曾受適當訓練並明瞭船上情況；
- 5、各會員國應充分考慮參與健康保護和醫療的援助、專案和研究領域的國際合作，並以會員國間的雙邊或多邊協定或協商為基礎。此種合作可包括：
 - (1) 按照經修訂的《1979年海上搜尋與救助國際公約》和《國際航空和海上搜尋與救助(IAMSAR)手冊》，發展和協調搜尋和救助力量，並通過定期船位報告制度、救助協調中心和應急直升飛機服務等手段，迅速安排船上重病號或重傷員的海上治療幫助和撤離；
 - (2) 充分利用載有醫生的所有船舶並向海上派駐能夠提供醫院和救助設施的船舶；
 - (3) 彙編和保持一份世界範圍內能向船員提供應急醫療的醫生和醫療設施的國際名錄；
 - (4) 安排船員上岸進行緊急治療；
 - (5) 根據負責醫生的醫療建議並考慮船員本人的願望和需要，盡可能將在國外住院的船員遣返回國；
 - (6) 根據負責醫生的醫療建議並考慮船員本人的願望和需要，在遣返期間為船員提供個人幫助；

²¹ 〈2006年海事勞工公約〉中要求各會員國對於上述兩項措施法制化，認國家應以法律或條例最低限度規定之。

- (7) 努力建立船員健康中心，以便對船員的健康狀況、醫療和預防性保健問題開展研究；以及訓練從事海事醫學的醫療和健康服務人員。

(二)、漁船

〈2007 年漁業工作公約〉中要求各會員國須指定一個或多個主管機關；並在適當的國家和地方層級，在漁業部門有關機關中間建立協調機制，在考慮到它們的互補性及國情和慣例的情況下，確定其職能和責任。

有關漁船船員之醫療及健康保護主要規範在公約第 6 章，要求各會員國須通過法律、法規或其他措施以確保下列事項：

- 1、 漁船在考慮到船上漁民人數、作業地區和航行時間的情況下；為漁船作業攜帶適當的醫療設備和醫藥供給；
- 2、 漁船上至少有一名在急救和其他形式的醫療方面合格的或訓練有素的漁民，並具備必要的知識，能使用針對相關船舶，考慮到船上漁民人數、作業地區和航行時間而配備的醫療設備和醫藥供給；
- 3、 船上攜帶的醫療設備和供給應配有說明和其他資訊，其語言和格式能為前項提及的漁民所理解；
- 4、 考慮到作業地區和航行時間，漁船配備有與岸上能提供醫療指導的人員或機構進行聯絡的無線電或衛星通訊設備；
- 5、 一旦出現重傷或重病，漁民有權在岸上進行治療並有權被及時送到岸上治療。

另對於船舶長度為 24 公尺及以上的漁船，考慮到船上漁民人數、作業地區和航行時間，特別要求各會員國須通過法律、法規或其他措施以確保下列事項：

- 1、 主管機關規定須在船上攜帶的醫療設備和醫藥供給；
- 2、 由主管機關指定或認可的負責人，按照主管機關確定的間隔對船上攜帶的醫療設備和醫藥供給進行適當的維護和檢查；
- 3、 船舶上攜帶主管機關通過或認可的醫療指南，或《國際船舶醫療指南》的最新版本；

- 4、船舶可通過無線電或衛星通訊利用事先安排好的為海上船舶提供的醫療諮詢服務系統，包括專家諮詢，並應在任何時候都能獲得；
- 5、船舶上攜帶可通過其獲得醫療諮詢意見的無線電或衛星通訊站的清單。

(三)、小結

從公約上的演進可以發現，國際勞工組織通過之〈2006年海事勞工公約〉及〈2007年漁業工作公約〉中，除要求各會員國善盡對船方管理義務外，亦明確要求各會員國應建立海上醫療諮詢服務系統，透過無線電或衛星通訊，為海上船舶提供醫療諮詢服務，此為國家重視海上從業人員健康權之實踐。

目前國際上之共識，對於在搜救責任區內之海難事件，國家具有救助之義務，特別是人命的救助，是最優先之搜救客體，國家自當傾力派遣海空搜救能量，故派勤與否之審查密度較低，應不待醫療評估即予以救助；但當海上從業人員僅為輕微之疾病或事故傷害時，則應依比例原則處理，依傷病情形之緊急與否，決定國家能量介入之程度，其處理原則及程序為先由船舶上的基本醫藥資源處理；若超過已船可治癒範圍但不緊急危害人命，可迅速航至最近陸上醫療機構送診；但若是緊急危害人命或具不可逆之病程發展，非迅速就醫不可時，則需要國家派遣海空能量後送就醫²²。

一、國內法制

從國內法制觀察，主導海上救護審核制度之行政機關，似因法律規範不明致權責不清，究應由掌理船員事務之交通部及漁業署、或是由掌理全國衛生事項之衛生福利部、抑或是執行海上救護之海巡署建立制度，不無疑義，本文認為，如從現行國內法制探討，仍應回歸船員管理機關交通部及漁業署辦理，理由如下：

(一) 交通部為海難主管機關及船員管理機關

台灣現行海難救護體系之運作，係依據「災害防救法」23第3條第4款規定，律定交通部為海難事故之災害防救業務主管機關，另交通部亦主管「船員法」等相關船員權益之法規，故交通部身為海難主管機關及船員管理機關，自應重視維護船員健康權並落實各項行政措施。

²² 同註 20，頁 13-15。

²³ 最新修正日期：民國 101 年 11 月 28 日。

(二) 交通部公告採用〈2006年海事勞工公約〉之效力與落實責任

1、交通部「採用」國際公約的效力

台灣依憲法第 63 條²⁴，原則上條約案須經過立法院之討論，而在台灣境內發生法律之效力²⁵。另法務部 91 年 2 月 19 日法律字第 0910003016 號函謂：「按一國法律如將國際法的規則直接制定成該國之國內法或於法律中授權有關機關採行相關國際公約，則此國際法的規則即產生國內法之效力(丘宏達註，現代國際法，84 年版第 116 頁及第 117 頁參照)²⁶」。

因航業乃國際性事業，與船員有關之國際公約、條約等亦多，故仿航業法立法，對「船員法」所規定事項涉及國際事務者，台灣立法機關授權交通部得採用國際公約等相關規定，以補充「船員法」之不足²⁷。故交通部依據其所主管之「船員法」89 條²⁸及「船舶法」第 101 條²⁹之授權，公告採用〈2006 年海事勞工公約〉規範事項，並自 102 年 8 月 20 日起施行，係具有國內法之效力³⁰。

2、交通部應落實公約規定，提供海員海上救護諮詢

依民國 93 年 3 月 18 日最高行政法院 93 年判字第 281 號判決：「……按國際法與國內法為平行之法律體系，且均為行政法之法源；惟國際法要成為行政法之法源，並非毫無限制，必須條約或協定明定其內容，始可直接引用作為法規適用。或將條約、協定內

²⁴ 立法院有議決法律案、預算案、戒嚴案、大赦案、宣戰案、媾和案、條約案及國家其他重要事項之權。

²⁵ 許耀明，〈未內國法化之國際條約與協定在我國法院之地位〉，司法新聲，第 104 期，2012 年 11 月，頁 20。

²⁶ 黃俊杰、陳清秀等，〈台灣關於兩公約實踐與賦稅人權保障〉，台灣國際人權兩公約總體檢，永然文化出版股份有限公司，2013 年 2 月，頁 53。

²⁷ 周和平、尹章華、李彌，〈船員法逐條釋義〉，國立臺灣海洋大學海運研究中心，基隆，1999 年 10 月，頁 1-2。

²⁸ 「船員法」第 89 條規定：「本法未規定事項，涉及國際事務者，交通部得參照有關國際公約或協定及其附約所訂規則、辦法、標準、建議或程式，採用發布施行。」，最新修正日期：民國 100 年 06 月 29 日。

²⁹ 「船舶法」第 101 條規定：「其他有關船舶技術與管理規則或辦法，主管機關得參照有關國際公約或協定及其附約所訂標準、建議、辦法或程式，予以採用，並發布施行。」，最新修正日期：民國 99 年 12 月 08 日。

³⁰ 交通部 102 年 5 月 10 日交航(一)字第 10298000551 號公告，採用國際勞工組織(ILO) 2006 年海事勞工公約。

容，透過國內法規之訂定，訂定於相關法規，才能有效執行……」。

據上，交通部為因應 102 年 8 月 20 日正式生效之國際海事勞工公約，已修訂「船員服務規則」、「船舶設備規則」、「船員薪資、岸薪及加班費最低標準」、「船員體格檢查健康檢查及其醫療機構之指定辦法」、「船員及雇用人雙方應遵守之安全衛生注意事項」及「船員定期僱傭契約範本」等國內法規，使國內法與國際公約接軌，並公告訂定台灣符合海事勞工公約聲明書(PART I)及授權中國驗船中心辦理台灣國際航線船舶符合 MLC 公約之檢查與發證作業³¹。然上開修訂內容中，對於提供海員海上救護諮詢之環境，包含建立醫療指導機制、無線電臺的完整清單、標準的船員醫療報告表格及海員健康中心等議題，卻未見相關行政措施規劃。

學者簡光志早在民國 87 年即疾呼，海運主管機關(意指交通部)應盡早建立海上緊急醫療系統，使海上船舶可隨時取得醫療諮詢及說明³²，近期論者亦提出，依「船員法」及「災害防救法施行細則」，交通部應為主管機關，並會同相關機關建構完善之海上緊急醫療救護體系，以有效維護船員身心健康³³。

(三) 行政院農業委員會漁業署為漁船船員管理機關

依行政院農業委員會漁業署組織條例³⁴第 2 條第 1 項規定，其掌理漁業政策、法規之擬定及漁民福利等事項，係台灣漁船船員管理機關，故可預期未來將於 2020 年生效之〈2007 年漁事工作公約〉，應係由其主導國內法規之建制與因應。

肆、台灣海上救護審核機制之過去與現況

一、商船之海上醫療諮詢制度

台灣現行商船之海上醫療諮詢機制可分為透過基隆海岸電台洽基隆海軍醫院(基隆

³¹ 交通部，交通新聞稿：〈2006 國際海事勞工公約(MLC 2006)於 102 年 8 月 20 日正式生效交通部完成配套措施，使我國符合公約規範〉，資料來源：
http://www.motc.gov.tw/ch/home.jsp?id=14&parentpath=0,2&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=201308130005，最後瀏覽日：103 年 4 月 16 日。

³² 簡光志，〈臺灣海上緊急醫療網建立之研究〉，國立臺灣海洋大學海運學報，第 6 期，1998 年 6 月，頁 10。

³³ 呂俊寬，〈海上緊急救護系統建構之研究-以「新德益 168 號漁船後送案」為例〉，中央警察大學水上警察學系碩士論文，2013 年 6 月，頁 103。

³⁴ 公布日期：民國 87 年 06 月 24 日。

三軍總醫院前身)³⁵或由商船公司自行洽商合作醫院提供海上醫療諮詢服務，惟依本文了解，前者似因基隆海軍醫院之整併及海岸電台業務之萎縮，現幾已無適用，故目前海上商船似乎只能仰賴船公司是否有提供此項服務，一般如為小型商船公司恐無此服務。

商船如為大型海運公司，多具備一定之人事福利制度及企業社會責任，並具有完善之 P&I 保險制度，相對漁船而言，商船可運用資源多及可承受風險程度高，故遇案時船方較能積極且妥善處理船員傷病後送。以台灣陽明海運公司為例，其按船員的組成、年齡、國籍、健康與傷病情況，依國際公約規定，整合船隊適用醫藥清單及建立緊急船岸醫療諮詢機制，能及時與適時發揮更好作用與醫療效果，降低病情惡化機率與延誤醫療風險³⁶。

至合作醫院部分，台灣內商船遇船員傷病後送需要時，則運用事前公司備妥之岸上合作醫療機構專線，透過衛星電話及傳真直接或間接透過船公司、代理行與合作醫院聯繫。

二、海上救護審核機制之發展歷程

(一) 空中轉診審核中心兼辦階段

過去行政院衛生福利部空中轉診審核中心雖以離島轉診為主要業務，但其在人力狀況許可下，仍會協助海巡署於海上緊急醫療救護之諮詢及提供派遣直升機與否之專業意見，此從其歷年來之研究成果報告中資料可見，然該中心自 100 年起突以不符該中心業務為由，終止協助海上緊急醫療諮詢服務，爰促使海巡署等派勤機關尋求其他單位之協助。

(二) 地方縣市政府與醫療機構之區域性合作

1. 高雄市海洋局與大同醫院

高雄市為台灣漁業重鎮，轄屬漁船每年漁產量約佔台灣地區海洋漁業生產量三分之一。高雄市府海洋局為照顧在海上辛勤作業漁民之生命安全，商請高雄市大同醫院(聯合醫院前身)協助辦理「海上作業漁船船員緊急醫療救護諮詢服務」。

³⁵ 林彬、陳彥宏共同主持，〈台灣海域海難型態與救難能量提昇作為之研究〉，行政院海岸巡防署海洋巡防總局委託研究報告，2003 年 12 月，頁 144。

³⁶ 陽明海運，〈2012 企業社會責任報告〉，資料來源：
http://www.yangming.tw/traditional_chinese/csr/download/csr_2012.pdf，頁 26，最後瀏覽日：103 年 5 月 26 日。

高雄市政府所推行之「海上作業船員緊急醫療救護諮詢服務」之構想，係考量漁船海上作業中，如有船員突患須立即治療或救護之緊急性傷病，而船長及其他船員常因醫學常識不足，未敢據以推斷病因或不敢妄予用藥時，則可利用船上通訊設備與高雄市大同醫院專業醫師聯繫，將患者病情告知醫師，藉由該院專科醫師之專業諮詢服務，即時對病患實施適時、適切之醫療救護，有效維護漁船船員生命安全³⁷。

2. 海洋總局第三(台中)海巡隊與台中童綜合醫院

海洋總局第三(台中)海巡隊為確保民眾於海域內活動時之生命與財產安全，並樹立政府機關積極救護人命之正面形象，期於執行海難救助緊急傷病救護案時，能即時在專業醫療指導下，實施正確緊急救護措施，於 101 年 2 月訂定空中醫療諮詢執行計畫，協請童綜合醫療社團法人童綜合醫院急診部，提供該隊執行海難救助空中醫療諮詢免費服務，完善緊急傷病現場、後送航程中完整性、持續的緊急救護服務，提升緊急醫療救護成效。

海難救助空中醫療諮詢之構想係考量船舶於海上作業中，如有船員突患需立即治療或救護之緊急性傷病，船長及其他船員常因醫學常識不足，未敢針對輕症病因作妥適處理，通報巡防艇接駁後送，徒增人員接駁危險及公務資源浪費；甚者緊急重症，無法第一時間妥適處理，致使病情延誤，甚至造成終身遺憾。

為適時協處海上救護案件，該隊以現有海巡艦艇設備人力資源，執行海難救助或傷患接駁送醫勤務，結合地區專業醫療單位之專業醫師諮詢服務，提供全年無休 24 小時之專業醫療諮詢，即時對病患實施適時、適切之醫療救護，以降低已發生之意外傷害或疾病的嚴重性，挽救或延續受傷人員生命，防止或延緩傷病惡化，以及預防併發症與後遺症發生，提升緊急醫療救護品質。

三、海巡署與台北市萬芳醫院

海巡署於 100 年 11 月 15 日在海洋事務研究委員會第 16 次委員會議中，提出缺乏海上醫療諮詢機制及遠距離派艦處理之困難，獲台北醫學大學附設醫院回應，建議參考衛生署空中轉診審核中心醫師派駐國搜中心之機制，建立專業醫師針對海上傷病人員進行通訊診察機制。

為推動前述通訊診察機制之建立，海巡署與台北市立萬芳醫院協商，該醫院同意於

³⁷ 丁鳳瑜，〈建置我國沿海緊急醫療救護船影響因素之研究〉，國立臺灣海洋大學商船學系研究所碩士論文，2010 年 7 月，頁 61-62。

建立標準機制前，由其義務協助海巡署並提供海上醫療諮詢服務。

四、漁業署建立之「漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制」

由於上開協助之醫療機構，除高雄市聯合醫院正式受高雄市政府海洋局委託外，台中童綜合醫院及台北市萬芳醫院是於建立標準機制前義務協助，進行醫療諮詢；此一模式屬於「非常態性」及「地區性」，對於義務協助之醫療機構實無保障，且無法涵蓋臺灣周遭所有海域作業之船隻（包括遠、近海及商、漁船），爰建立海上緊急醫療通訊諮詢專責窗口有其必要性。

另，過去台灣因未建立與海上船舶人員傷病通訊醫療諮詢機制，使海巡署等派勤機關在缺乏專業醫師評估建議情形下，對於申請救援案件作勤務派遣決策時無從審核，只好遇案即派遣能量，但從部分案件結果觀之，又發現似乎傷病患情形並未達緊急程度，於送醫後經醫囑告知自行返家休養等，致有不必要耗費國家派勤能量之疑慮。

上開問題經農委會漁業署主政建立漁船船員傷病線上救護諮詢服務，並洽商合作醫院後，完成「漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制」作業流程，並於 102 年 1 月 22 日起開始試行至同年 7 月底，此期間視各單位執行情形，調整運作細節，以尋找最佳運作方案。

漁業署所推動之機制，成為台灣首次經過跨部會協商過後，所建立之海上救護審核機制，使海上傷病患透過醫師諮詢審查制度，不但可提供海上救護機關派勤參考，更可提供廣大漁民線上醫療諮詢、建議及指導，實為台灣漁民之一大福音，且對於台灣未來進一步推動建立統一之海上救護審核機制，極具參考價值。

本機制試行前，海巡署自 99 年 7 月至 102 年 2 月獲報處理「遠距」漁船傷病案件共計 35 件（平均每月 1 件），其中海巡署派船前往接駁或戒護者計 22 件，派船率達 63%，估算艦船油料費即達 1 千萬元以上，且有排擠海上救災資源之虞。

本機制試行後，發揮以下二功能：

（一）降低海巡署派船率：

海巡署自 102 年 1 月 22 日至 7 月 26 日獲報處理案件中，「遠距」漁船傷病案件計有 17 件，派船率降為 47.1%（約降低 16%），其中經醫院傷病評估後，有 2 件漁船就近前往他國就醫、1 件服藥後症狀緩解，均無派船前往，有效降低社會成本。

(二) 提供傷病諮詢建議：

漁業署洽商陽明大學附設醫院、衛生福利部立基隆醫院、高雄市立聯合醫院及衛生福利部立屏東醫院 4 家醫院提供傷病評量服務，已建立專業、常態、多元之傷病諮詢評量服務管道，醫師可經由線上急救指導或提供船員傷病注意事項，協助爭取救援時效，對於海上作業漁民之生命安全，亦多一層保障³⁸。

表 2 漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制之 SWOT 分析

優勢(Strength)	劣勢(Weakness)
1.醫師評量結果可供海空派勤能量參考 2.免費提供漁民醫療諮詢、建議與指導 3.訂有「傷病狀態評量表」標準詢填表格 4.與漁民主要作業漁區轄內 4 家醫院合作 5.透過漁業電台及 118 專線有效提供服務 6.醫師諮詢費用相對低廉（每案 1000 元） 7.符合國際公約所要求國際責任及義務	1.宣導不足，部分漁民接受及配合度不高 2.僅以行政規則規範，有預算不安定之虞 3.如非漁船則無法適用本機制
機會(Opportunity)	威脅(Threat)
1.透過衛星即時影像傳輸系統輔助評估 2.未來與交通部合作建立統一「無線船員醫療中心」 3.製發服務手冊宣導，增加使用頻率 4.醫師評量結果可作為日後政府依相關法律規定追究船東責任及是否收費之依據	1.口語傳達資訊有限，醫師無法評估病情 2.船長就近送醫意願不高(要求派機艦) 3.政府無法強制要求就近送醫 4.遠洋漁船急救能力不足(人力及設備)

(資料來源：本文自行整理)

五、小結

綜上所述，現行漁船船員海上傷病申請救援通訊諮詢機制，自海巡署於 100 年 1 月 28 日提出此問題後，經過行政院、農委會及海巡署多次協商及修正，並召開跨部會會議推動迄今，使本機制正式運作，且從數據上之觀察，亦見初步成效，對於台灣在處理海上傷病船員申請救援案件時，除可提升政府處理效能外，同時可兼顧台灣漁民生命健康保障，但經以 SWOT 分析，本機制仍有精進空間。

伍、日本船員無線諮詢及海上救急制度

³⁸ 行政院海岸巡防署，〈「海上救護通訊諮詢機制」辦理情形報告〉，2013 年 7 月。

一、日本一般財團法人船員保險會³⁹建立的無線醫療諮詢制度⁴⁰

無線醫療諮詢通信的事業是日本在 1958 年基於國際勞工組織的建議，使海上所有船舶可以透過無線電，不分日夜 24 小時的得到免費無線醫療諮詢服務。

無線醫療諮詢的通信方法包含電話、電報及電子郵件，並可使用船上的國際海事衛星組織衛星系統的海岸地球電台⁴¹，與橫濱船員保險醫院的無線醫療中心聯繫取得免費的醫療諮詢；此外日本也提供收費的電子郵件途徑，可直接與提供醫療諮詢的醫療機構聯繫，並可在電子郵件中夾帶數位照片，使外傷和皮膚病患的詳細狀況能讓醫師更有把握的給予適切的指導。

二、日本一般財團法人船員保險會建制的「無線醫療支援系統」的特徵

(一) 系統的特徵：無線醫療支援系統利用電腦蒐集船舶請求諮詢的案例，透過多位醫師的合作下，完善此系統使其能給予醫療建議，在事先的導入相關資訊後，當鍵入必要的藥品、症狀案例等關鍵字時，醫師就可以馬上查詢到所需要的醫療資訊。

(二) 無線醫療支援系統對於資訊安全的維護：海上船舶透過醫療諮詢等的申請文件中有船員的個人資訊，這些資料在導入「無線醫療支援系統」後，包含申請文件、疾病的問診病歷等個人資訊，會作為電腦系統的資料並予以保管，為了系統能安全且有效的活用，採取嚴格的資訊安全策略是必要的。

³⁹ 一般財團法人船員保險會，該會原名為「財團法人船員保險會」，設立於 1941 年 11 月 21 日，本部設於東京，於 2013 年 4 月 1 日更名為一般財團法人船員保險會，其設置目的「為使船員保險制度能夠順利之營運及健全之發展，並對於被保險人、受保被扶養者之保險給付等事項」，係致力於船員福祉增進之公益法人，資料來源：<http://www.sempos.or.jp/>，最後瀏覽日：103 年 5 月 26 日。

⁴⁰ 日本財團法人船員保險會，〈無線醫療助言通信手冊〉，2010 年。

⁴¹ 海岸地球電台將衛星與陸地通信網路連接起來。目前，所有海岸地球電台均由各通信公司擁有與運作。選定為每一洋區每一通信服務(及電話、直接印字電報等)，其主要業務為網路協調台(NCS)，該台應申請及指配頻道與船舶地球電台及其他海岸地球電台通信，並且監管該等電台所發射之信號。葉世燦等，《全國海上遇險及安全系統知識訓練教材》，國立台灣海洋大學航海人員訓練中心，第一版，2010 年，頁 11-12。

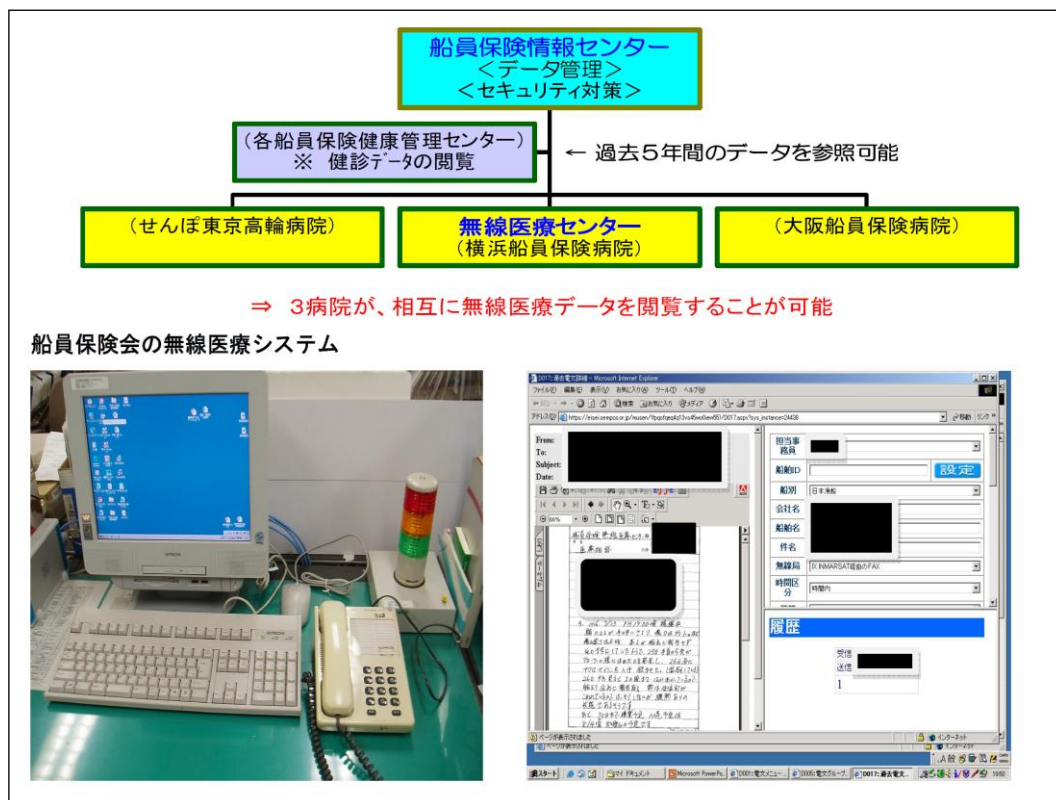


圖 3 船員保險會的無線醫療系統
 (資料來源：無線醫療諮詢通信手冊)

一、日本水難救濟會⁴²建立的海上救急制度⁴³

(一) 海上救急體制之沿革

社團法人日本水難救濟會(以下簡稱水難救濟會)係基於海上安全教育審議會的建議，自 1985 年(昭和 60 年)10 月 1 日開始海上救急事業，其秉持之目的是，對於船舶上的傷病患需要醫師的現場緊急醫療時，透過海上救急迅速派遣醫師至現場的實踐，提高人命救助及船員福利。

⁴² 日本水難救濟會為一個公益社團法人，係為海上遇險人員在救助執行面之支援團體。該會自 1889 年成立以來，其在全國各地之救生員參與了許多海難事件，並在沿岸之海難救助部分取得相當好的成果。另外，該會引以為傲的是，提供世界上唯一的海上傷病者救助之海上救急事業，亦受到經過日本沿海之外國船舶高度評價。目前該會在全國有 1,298 救難所(至 2013 年 3 月 31 日)，各分支所下屬志願性救生員約有 5 萬 4000 人，雖然其職業多是漁民或公司職員，但當船舶海難或沿岸事故發生時，以救助寶貴人命的崇高精神，不分日夜、克服困難和危險，志願擔任救生員。日本水難救濟會是一個支持志願救生員，且以「海難零受害者」為目標的組織。公益社團法人日本水難救濟會，資料來源：<http://www.mrj.or.jp/>，最後瀏覽日：103 年 5 月 26 日。

⁴³ 發行：社團法人日本水難救濟會海上救急中心，監修：海上保安廳警備救難部救難課，〈海上救急マニュアル〉，東京，2006 年。

在此之前的醫師海上救急制度，因為往診的醫師萬一發生意外時，無相關保險及補償制度，且因為距離較遠，往診時間較長，亦可能需要其他醫師輪替之必要，對於醫療機構而言，均付出相當大的犧牲等問題，造成維持醫師之來源益發困難。有鑒於此，船員團體及船主團體等，對於海上救急體制之整備抱持強烈的期待。

於此背景下，海上安全教育審議會在 1984 年(昭和 59 年)12 月 3 日，透過國內船主、船員團體、相關公益法人及政府部會等的合作，希望能解決派遣醫師至海上之阻礙要因，而集體向當時的運輸省部長，提出建立全國性的「海上救急體制」建議。

(二) 海上救急體制的概要

海上救急體制係以水難救濟會為事業主體，關係公益法人支援資金及與醫療機構之合作為基礎，再透過運用海上保安廳之輸送能力，將醫師及護理師(以下稱醫師等)送至需要緊急醫療之海上傷病船員。為此，水難救濟會同時於本會成立海上救急中心本部，並在全國各地設置 10 個海上救急中心地方支部。另，為了支援中心本部及支部執行海上救急業務，亦在全國 13 個地方設置海上救急支援協議會，此協議會成員，除中心本部及支部外，尚有海運業者、漁產業者及醫療機構等關係者。

(三) 執行成效

日本海上救急事業是目前全世界唯一具備完善的海上傷病救助系統，依日本水難救濟會統計，自 1985 年設立以來至 2014 年 7 月 7 日最新數據資料顯示，日本海上保安廳出動能量救援的件數計 796 件、救助人員達 826 名。

(四) 出動醫師等與醫療機構的聯繫

出動醫師等與醫療機構的聯繫通信，可直接的透過負責該事件的管區的海上保安本部和海上保安部所屬的巡視船、航空機上的衛星電話予以確認，另外，也可透過海上保安機關作為中繼站傳達訊息。

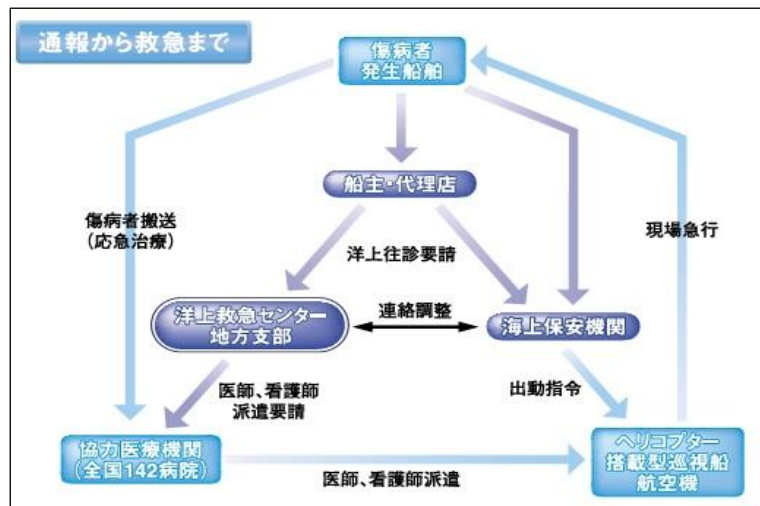


圖 4 海上救急事業運作流程圖
 (資料來源：日本水難救濟會網站)

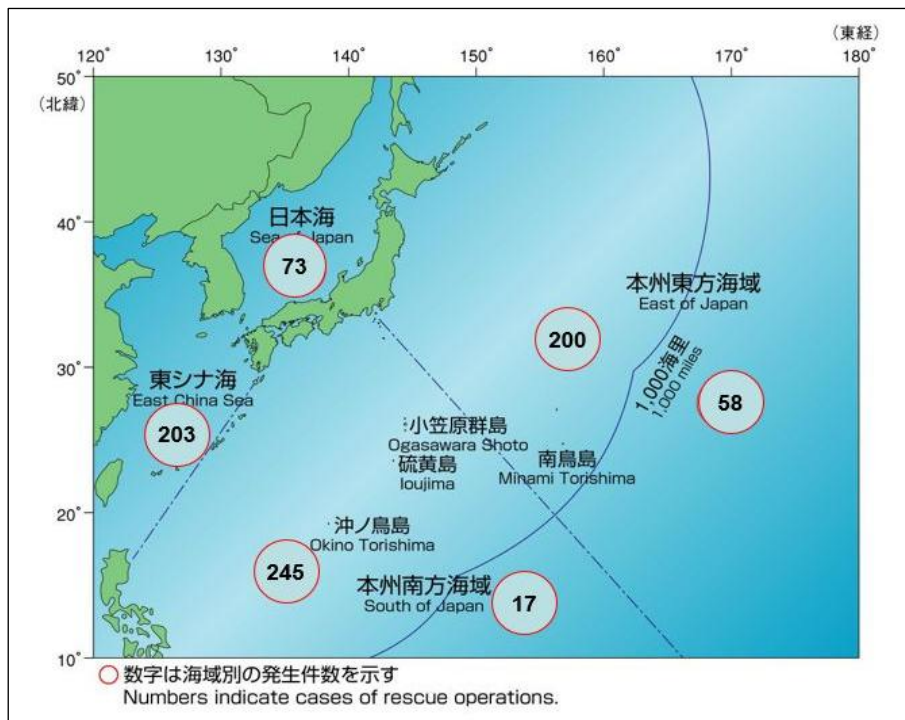


圖 5 海上救急發生海域圖 (至 2014 年 7 月 7 日現在 796 件)
 (資料來源：日本水難救濟會網站)

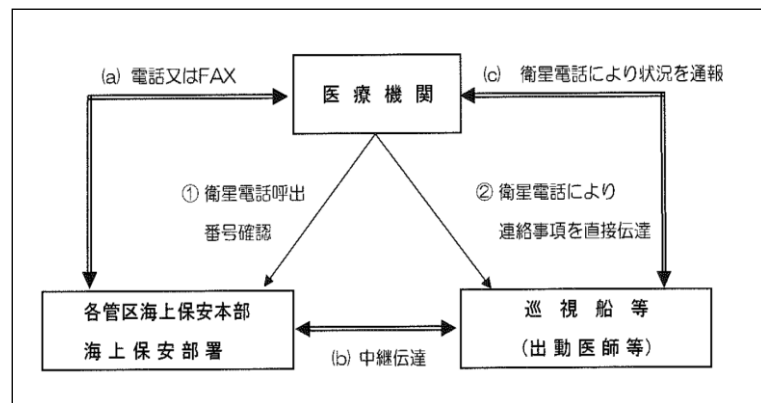


圖 6 出動醫師等與醫療機關的聯絡形態
(資料來源：海上救急手冊)

四、小結

總結日本以上有關海上救護審核機制相關制度，本文認為值得台灣學習之部分如下：

(一) 以一般財團法人船員保險會為事業主體之制度

日本善於將具給付行政性質之公共事業，透過一般財團法人據以推動社會福利制度，此優點為透過與民間之合作，運作上較具彈性且有效率，並可增進政府與民間之交流。

(二) 成立無線醫療諮詢中心，發展專屬船員之合作醫院

日本很早就注重海員之健康，並得到航業、漁業及社會各界之認同，故早在 1958 年即建立無線醫療諮詢制度，且透過日本海難掖濟會⁴⁴建立 10 餘間注重船員健康之醫院，提供船員醫療援護、保健指導及疾病預防、醫療諮詢及發行如「船舶醫療便覽」等專業之海事圖書⁴⁵。

⁴⁴ 全名為一般社團法人日本海員掖濟會，係以提供船員醫療服務為設立目的之業界團體，原為國土交通省所管轄，2013 年 4 月 1 日時，從「特例民法法人」改制為「一般社團法人」。一般社團法人 日本海員掖濟會，資料來源：<http://www.ekisaikai.com/>，最後瀏覽日：103 年 5 月 21 日。

⁴⁵ 1880 年（明治 13 年）8 月，日本海員掖濟會成立。此會是由明治政府的官員和日本航海業人士 50 多人發起的。由於當時的日本海員還延續著同幕府時期的一樣的惡劣的勞動強度和工作環境，所以要想讓日本航運業發展，達到在航運業上的真正維新，就要盡快糾正這些惡習。實際上，此會真正運作是在 1881 年，也就是明治 14 年的 6 月在東京的心海寺開辦了“海員寄宿所”，從此日本海員掖濟會才正式開始運作。自成立之初，日本海員掖濟會一直致力於解決海員的住房問題，加強海員培訓，船員醫療的問題，以及遇難船員家庭的撫卹問題等日本船員的福利事業。二戰結束後，其中當時的很多權利被國家收走，現在只留下解決船員的醫療保障問題，直到今天。現在，日本海員掖濟會的總部在日本首都東京，下轄 8 所醫院，9 個診所，2 個敬老院以及 1 所護理專科學校，總人數

(三) 發展無線醫療諮詢系統

本系統建置於提供無線醫療諮詢之醫院，遇案時只要輸入傷病患疑似病症之關鍵字，系統即可立即呈現過去該病症之處置方法及藥方，及該船舶上醫藥品清單，提供當值醫師給予船上人員用藥建議參考，可有效增進評估效率及正確性；另該系統蒐集近 5 年之船員病例，存入該系統之資料庫，日後可作為海員健康疾病預防統計分析數據，有利後續船員健康之預防研究，為進一步積極預防海員傷病提出建議，當然，此系統亦相當注重資安保護及病人隱私保密義務，避免資料外洩並確保系統 24 小時之可用性。

(四) 製發無線醫療諮詢手冊，詳加宣導並落實執行

日本透過財團法人船員保險會定期製發更新無線醫療諮詢手冊之內容⁴⁶，除日文版外，更有英文版，該手冊甚至可在網路上即可取得，提供全世界海員及國內參考運用，透過廣為宣導，大大增加了此制度之運用範圍及對象，對於制度落實執行上有極大之助益。

表 3 日本與台灣海上救護審核機制之比較

項目	內容	國家	日本	台灣
救護審核機制	適用範圍及對象		海員及漁民	漁民
	醫療諮詢標準格式		有	有
	是否已登記於國際電信聯盟所載清單		是	否
	是否提供 24 小時免費醫療諮詢與指導		是	是
	發展無線醫療諮詢系統		有	無
	製發船員無線諮詢手冊		有	無

(資料來源：本文自行整理)

陸、結論與建議

一、結論

(一) 政府執行緊急救護，船方善盡醫療照護

2600 名左右。日本海員救濟會是日本現存最早的公益法人。百度百科，資料來源：
<http://baike.baidu.com/view/5431138.htm>，最後瀏覽日：103 年 5 月 21 日。

⁴⁶ 本文所譯為 2010 年 5 月版，最新之版本為 2014 年 4 月版，可至以下網址下載：
<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/senpo/g3/cat360/11>，最後瀏覽日：103 年 5 月 26 日。

基於國際公約及國內法之規定，政府有責任與義務照護海員及漁民之生存權、生命權及健康權。然此三權中，政府投入的程度應有所差別，若是涉及生存權及生命權之事項，政府必須傾力維護；然如為健康權，則應視人員傷病事件之輕重緩急，決定政府投注之能量，並應賦予船東及船方盡到一定之責任與義務。

(二) 台灣政府應建立一個提供海上從業人員免費醫療諮詢、建議及指導制度

依據過去國際勞工組織通過之建議書及國際公約，台灣應盡早建立一個提供海上從業人員免費醫療諮詢、建議及指導制度，這個服務應是 24 小時不間斷，並且能廣為宣導，使台灣海上從業人員和經過台灣沿海之外國船舶能夠盡可能地享受到與陸地上平等之醫療權利，現今海上緊急醫療諮詢服務係為進步國家之象徵。

(三) 「緊急」與否之判斷，需要一個完善、全面且一體適用的海上救護審查機制

政府之海空救援能量係為公共財，法律所賦予行政機關之責任亦僅在執行海上「緊急」醫療救護事件，對於「非屬」緊急之事件，基於社會公義，政府於此類給付行政之範圍應該予以限縮，且應不允許遭到濫用，而應回歸其他法律面，如透過船員法等落實船方提供醫療照護之責任，並從預防面與管理面著手，而判斷緊急與否之關鍵，即在於政府是否有一個完善的海上救護審查機制。

(四) 海上救護審查機制應結合醫療諮詢，並由交通部主政推動

依據災害防救法暨其施行細則之規定，交通部為台灣海難主管機關，亦為船員法等相關法規之主管機關，且該部已公告採用 2006 年海事勞工公約之規定，故對於該公約所提及政府應建立一個提供海上從業人員免費醫療諮詢、建議及指導制度部分，應負有最大之責任義務推動此項制度。

(五) 海上救護之審查密度應較陸上及空中為低

政府在執行海上救護案件時，因為海上傷病患所原處醫療環境及條件，遠較陸上及空中為差，故本文認為台灣在對海上傷病事件緊急與否之審查密度及門檻上，應較陸上及空中更為低，即海上傷病患的危急程度雖不及陸上，仍應有較陸上更為寬鬆之派勤門檻，以保障船員基本生命權及健康權。

二、建議

(一) 海上救護醫療諮詢制度部分

1. 近程：

- (1) 交通部主動會同漁業署，納入漁業署現有機制，並發揮海岸電台之功能，解決商船無法適用之問題，避免國家資源疊床架屋，共同推動海上醫療諮詢機制，給予海員醫療健康保障。
- (2) 交通部應儘速依照 2006 年海事勞工公約之規定，提供船員所需資訊，包含無線電醫療指導清單等，並應將該項資訊內容納入 GMDSS 之船員專業訓練課程。
- (3) 醫師提供之諮詢建議，可作為船員是否應立即就醫明確依據，交通部及漁業署應善盡管理機關之義務，在得知諮詢結果後各與商船或漁船船長妥適溝通，使其以傷病船員之生命安全為最優先考量，將船員就近就便送醫；如遇不配合之船長，可依照相關船員法規定予以議處。

2. 遠程：

- (1) 交通部與漁業署可參考日本制度，透過衛生福利部之協助與國內急救責任醫院合作，共同建立船員無線醫療中心，提供全天候 24 小時海上醫療諮詢服務，此中心應具備可與海上商船及漁船直接聯繫之無線電及衛星電話等設備，使醫師可直接線上問診提供船員醫療諮詢建議，且應確保提供服務之醫師曾受適當訓練並明瞭船上情況。
- (2) 交通部及漁業署可輔導醫院發展船員無線醫療諮詢系統，且此系統備有各類船舶上醫藥品清單，供醫院內當值醫師參考利用，使醫師加速遇案時處理時效及即時給予船上人員用藥建議。
- (3) 交通部及漁業署可再依 2006 年海事勞工公約之建議，成立海員健康中心，透過船員無線醫療諮詢系統之建置所逐漸累積之案例資料，逐漸成為海員健康資料庫，可追蹤船員病史等資料，進一步對海員之疾病及傷害作出統計分析，可對於海員傷病之預防面提供更積極之建議，惟此系統應注意病患醫療資訊之保密義務。

(二) 海上派勤審核部分

1. 近程：

- (1) 本文認為海上救護之空中派勤審核部分，考量政府一體及節省國家資源之目的，建議納入衛生福利部「全國空中醫療諮詢中心」合約適用範圍，以解決目前空中能量執行海上救護任務時之安全疑慮，其理由是過去該中心亦義務協助海上救護空中派遣之審核，而優點是該中心多年受託執行空中轉診業務，已累積相當經驗，具備專業評估審核能力，確可增進空中能量執勤安全，並降低浮濫派勤之可能性。
- (2) 海巡署應增訂緊急醫療作業程序，明確海上派勤之時機、方法及流程，使派遣人員可以依循。

2. 遠程：

交通部與漁業署將船員無線醫療中心建置完善後，由海巡署與該中心合作醫院建立橫向聯繫機制，請專業醫師提供派遣建議。