

國立臺灣大學社會科學院政治學系

碩士論文研究計畫書

Department of Political Science

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis Proposal

政府危機處理的創新模型--以急重症醫療的觀點出發

A New Model of Government Crisis Management – Based on
the Emergency and Critical Care Medicine Model

研究生：劉立仁

指導教授：彭錦鵬博士

中華民國 107 年 10 月

目錄

第一章、緒論	1
第一節、問題意識與研究動機	1
第二節、研究目的	8
第二章、文獻回顧	9
第一節、政府危機的定義	9
第二節、政府危機的分類	11
第三節、傳統危機處理或危機管理的研究	17
第四節、我國政府危機處理的組織與機制	19
第五節、各國政府危機處理的組織與機制	23
第六節、本章總結	35
第三章、急重症團隊如何處理緊急病患	37
第一節、緊急醫療的特性	37
第二節、醫院急重症團隊簡介	39
第三節、緊急病患的辨識	41
第四節、檢傷分級	43
第五節、處理緊急病患的開始：初次評估與復甦急救	45
第六節、二次評估	53
第七節、(鑒別)診斷與確切治療	55

第八節、急重症的醫病溝通與病情告知	56
第九節、隨時的監測再評估	61
第十節、急救後的總檢討	62
第十一節、本章總結	64
第四章、研究架構、研究方法與章節安排	67
第一節、研究架構	67
第二節、研究方法	68
第三節、章節安排	72
參考文獻	74
附錄、案例重建時間軸範例：2009 莫拉克風災	78

表圖目次

圖 2-1 危機矩陣	14
圖 2-2 以三項變數為主的新危機分類	15
圖 2-3 危機五階段	18
圖 2-4 美國國土安全部組織架構	26
圖 2-5 日本中央防災會議組織圖	27
圖 2-6 日本整體防災體制架構圖	28
圖 2-7 日本國家安全保障會議之組織系統	30
圖 2-8 英國危機處理的組織(左)與運作過程(右)	31
圖 2-9 法國外交部之危機與支援中心 (CDCS) 組織架構	33
圖 3-1 外傷病患與死亡時間的關係	38
圖 3-2 TTAS 檢傷級數與再評估時間	43
圖 3-3 醫病溝通技巧架構圖	58
圖 3-4 病情告知的 STOP 口訣	60
圖 3-5 處理緊急病患流程圖	65
圖 4-1 本研究之研究架構	67
表 2-1 以是否為軍事衝突危機為基礎之危機分類	12
表 2-2 易遭致危機的時刻	13

表 2-3 國家安全會議出席成員	25
表 2-4 各國與我國之國家安全相關危機處理機制比較	34
表 3-1 醫病溝通檢核表	59

第一章、緒論

第一節、問題意識與研究動機

壹、問題意識

現代政府的每日運作，除了推動國家例行的政務例如金融經濟、財政、教育、國防外交、司法、公共建設、衛生保健等等，另外的一項重大任務，則是面對各式各樣層出不窮的政府危機。

細數 2016 年 5 月 20 日，蔡英文政府正式就任後，當年可以被稱為政府危機的事件即有：6 月 2 日桃園國際機場發生 37 年以來最大水災、6 月 24 日中華航空空服員開始罷工造成百餘航班停飛事件、7 月 1 日海軍雄風三型飛彈誤射我國漁船事件、7 月 7 日松山車站列車爆炸事件、11 月 22 日復興航空公司無預警宣布無限期停航並解散公司事件。2017 年則有勞動基準法前後二次修法引發勞資雙方不滿、年金改革方案引發退休軍公教不滿並造成一連串抗議事件，甚至干擾 2017 年 8 月台北世界大學運動會開幕典禮、7 月 30 日和平電廠宜蘭輸電塔因颱風倒塌引起備載容量不足之限電危機、8 月 15 日大潭火力發電廠因供氣作業疏失導致全台大規模停電，繼而引發各界對政府核能發電與整體能源政策之質疑等。2018 年則有 2 月 6 日花蓮發生 6.4 級大地震導致數棟大樓倒塌與人員傷亡、8 月 23 日南部暴雨導致多縣市淹水災情。其餘雖非影響廣泛之重大危機但仍引起社會矚目者，則有多起台灣籍詐騙嫌犯遭遣返中國大陸事件、司法院正副院長提名爭議¹、數個邦交國與我

¹ 指 2016 年 7 月蔡英文總統提名司法院公務委員懲戒委員會委員長謝文定與司法院秘書長林錦芳為新任司法院正副院長，此提名卻引發外界眾多質疑，質疑該提名程序草率未經過總統府審薦小組，急於在立法院臨時會強行通過，並認為謝文定在戒嚴時期多項政治性案件中擔任檢察官，是否為威權打手，林錦芳則涉入論文抄襲之爭議，經過將近一個月之紛擾，兩人因自認遭受不公平

國斷交造成我邦交國數目創史上最低、我國因中國阻撓致 2017-2018 連續兩年無法參加世界衛生大會 (WHA) 。短短二年餘，便有如此多的大大小小危機出現，可以說蔡英文政府一上任還來不及對於國家的大政方針與改革方向做出實質成績，卻幾乎是一段時間就要面對一項新的，甚至出乎意料的大小危機，若要說疲於奔命實不為過。

再往前回顧前幾任政府，著名的政府危機有馬英九時代之莫拉克風災造成小林村滅村之重大傷亡與總統本人言行不當事件、油電雙漲造成物價失控、馬王政爭之政局動盪、行政院秘書長林益世被媒體揭發貪汙收賄案件、高雄氣爆事件、台南大地震、陸軍下士洪仲丘身亡引發之白衫軍大規模抗議事件、海峽兩岸服貿協議爭議引發之太陽花學運佔領立法院議場與行政院流血事件、八仙樂園塵爆事件。陳水扁時代則有 SARS 疫情失控造成社會各層面影響、318 總統副總統槍擊案導致之對手陣營凱達格蘭大道大規模抗爭事件、總統與家人貪汙案件引發之紅衫軍民眾抗議事件等。

將視角從中央政府層級轉向各級地方政府，則多年來大大小小事件引發之政府危機則更不勝枚舉。這些事件發生的不同種類、不同層級、不同嚴重度的政府危機，當成為民眾/輿論的關注焦點時，政府與政治人物如何處理應對危機與一言一行，更是在民眾的眾目睽睽下與網路社會訊息快速傳播下無所遁形。危機處理的成敗，往往連動著政治人物的聲望與政府的信任度，更可能反應於下一次的選舉結果，甚至造成政權的更迭。然而，觀察過去這麼多已發生的危機事件，政府似沒有足夠的準備與有條理方法去面對各項危機，甚至在某些事件中，可以用亂無章法與手足無措的形容詞來註解，甚至犯了歷史事件一樣的錯誤，無法從過去得到經驗教訓，

與不實指控決定請辭提名，蔡總統最後於 2016 年 8 月 14 日正式撤回二人之提名咨文。相關內容請參見 <https://theinitium.com/article/20160815-dailynews-taiwan-judicial-yuan/>

這絕對不是政府本身和一般人民所樂見的。

現代政府機器的運作，無可避免的，都必須面對不斷發生，且頻率越來越頻繁、狀況越來越複雜，越來越出其不意的政府危機。政府的危機處理絕對是現代政府重要的顯學之一，而是否能發展出政府在面對危機時，有一套通用的、不複雜的、可傳承的處理模式，也是政府成員期待見到的。

貳、研究動機

筆者身為一個急重症醫師，和醫療團隊同事們每日的急診室例行工作，便是處理一個又一個來求診的病患，他們魚貫而入或有時候蜂湧而至，每一個病患可能遭受著各式各樣可能的，甚至出乎意料的傷病，其嚴重程度和傷病的複雜程度各異，有的病患一出現在急診，就是生命危在旦夕，若沒有醫療團隊的馬上介入急救，將立即面臨死亡的威脅。另一些病患則一開始看似穩定，卻會在此些許時間後忽然急轉直下。還有病患以奇特不尋常的臨床表現呈現，讓醫療團隊陷入迷惑，當然也有傷病輕微穩定，但是因不耐久候或個人因素如酒醉，在急診室引發暴力事件影響醫療行為進行等。

如何在有限的時間、有限的人力與物力資源、有限的資訊下，處理如此數目不一、多樣化、緊急與複雜程度不一的病患，是每一個急重症醫療團隊成員進入這個行業時，皆必須接受教育且不斷訓練的過程。這些訓練與教育的內容包括：

一、團隊如何在病患踏入急診室後進行初步的評估，定出嚴重度即所謂的檢傷分級，依據檢傷分級的結果決定醫療處置的急迫性與優先處理的次序。

二、對於最嚴重的病患，如何辨認目前最致命最重大的問題加以緊急急救處理，力求先穩定病患。

三、當病患被初步急救措施穩定後，如何運用病史詢問、理學檢查以及適當的輔助檢查工具，短時間內盡可能蒐集最多的資訊，藉以對病患的病情做出鑒別診斷，並依照診斷訂出相應的治療計畫進行後續的處置。

四、如何和病患與病患家屬做病情的說明與溝通，處理可能的緊張不安甚至哀傷憤怒的情緒，避免暴力事件或醫療糾紛事件發生等。

緊急醫療的多年發展，對於以上處理緊急病患的方法，已逐漸發展成一系列的共通處理模型如檢傷分級系統、高級心臟救命術/高級外傷救命術/高級兒童救命術，以及醫病溝通技巧、根本原因分析與檢討機制等。這些模型的重要性在於可讓急重症團隊的每一個成員，不論資深或資淺新進，不論扮演的角色為醫師或其他醫療人員，都有一套共同的語言互相溝通，能互相快速了解現在處理病患到哪一個階段，能夠將過去現在急救成功或失敗的案例，經由檢討機制找出優缺點並加以傳承。唯有發展這樣共通且不是太困難的處理模型，讓所有人學習並不斷成長，才能維持一個急重症團隊的穩定度與維持一定的照護能力，不致於因為團隊成員的更迭或是成員個別能力的差異，嚴重影響團隊處理病患的結果。

筆者注意到，急重症醫療團隊每天的例行工作，面對處理一個又一個的緊急病患，和政府團隊處理一個又一個的政府危機事件，有高度的相似性。兩者同樣的有無法預測下一個病患/危機何時到來、類型未知、嚴重度複雜度未知、衝擊程度未知；兩者常常都必須在最短的時間，資訊不夠充分的狀況下，馬上做出判斷並進行緊急措施；處理的成敗往往影響重大例如病患的死亡或政府的受衝擊；醫療團隊和

政府都背負著病患家屬和人民龐大的注目與壓力，那麼是否可以參考已經漸趨完備的，急重症團隊處理緊急病患的思維 (thinking process) 和模型，發展出類似的政府團隊處理政府危機事件之新模型呢？為筆者有興趣並將於本研究中試圖建構之。俗諺說：「醫有三品，上醫醫國，中醫醫人，下醫醫病」²，若能將急重症團隊們平日扎實的訓練，應用於現代政府面對層出不窮的危機事件，或許能讓政府的危機處理能力向上提昇，對國家與人民不失為一大福音。

參、預定研究方向

本研究將聚焦於「政府」的危機處理，以一個制度化的政府危機處理團隊的身分出發，建構一套該團隊處理政府危機事件的模型，而暫不去討論私人企業或是個人的危機處理，雖然其基本精神大致相同。聚焦於政府的原因在於：

一、私人企業或是個人的危機往往是單一不利事件爆發，影響的層面較單純，就是企業或個人本身的傷害，然而政府的危機則不然。政府的組織與任務龐雜，危機的發生可能來自外在的災害，也可能來自政府內部政策面、組織面或制度面，或個人的因素。政府危機複雜程度較高甚至可能同時具備外在和內部的複合型危機，且危機造成的影響常是公眾生命財產或利益的損害，具有明顯的公共性與外部性。如以治療疾病來比喻，私人企業或個人危機比較類似單一器官的病變例如骨折、腸胃炎等，影響層面較單純，而政府危機則類似重大多重外傷或者心臟停止，影響是全面性擴及其他器官的。

二、承上，因為危機的性質與影響的層面不同，企業/個人危機處理的唯一目標就

² 本句出自唐代名醫學家孫思邈的《千金要方》一書，闡述醫者能力不同可做到的事不同，能力最強的醫師可以醫治國家社會。

是將自身從危機中脫身，不需要去考慮其他外部因素，甚至可以說是自私的，只要我的危機解除不用管其他人是否因此受害的。政府的危機處理則不然，政府的危機處理過程中必須注意不能造成公眾利益的傷害。政府的危機處理團隊立場必須超然，必須排除直接的利害關係人，以避免把政府的危機完全當成自身政治生涯的危機，導致危機處理的方向偏差為解決自己的危機優先，而非從整個政府做考量。如以緊急醫療來比喻，醫師治療的緊急病患如果是自己的親人，往往會失去超然客觀的判斷力導致醫療決策的偏差，對親人來說往往不是好事，應該交由其他人組成的團隊進行醫治。

歷來危機相關的研究大抵分為危機「處理」或危機「管理」，二者區分在於危機處理強調的是危機事件發生時間點開始的一連串應變作為，時間軸較狹窄。危機管理則從危機前的預防與準備，危機發生時的處理，以及危機結束後的後續恢復重建等，時間軸較廣。本研究因將以急重症團隊處理緊急病患的角度出發，較偏重於危機處理程序，然而最後推導出之模型仍會將時間軸向前延伸至危機事件的辨認，以及向後延伸到危機後的根本原因分析與檢討，因此仍會涉及部分危機管理之概念。

因政府危機的類型多且複雜，過往的研究多嘗試將政府的危機做出分類，期盼能在適當的分類下，讓政府針對不同類型的危機可做出不同的反應與處理機制，然而本研究的目的並非如此，原因在於進入 21 世紀後因自然與人為的大環境劇變，加上科技的高度發展，危機的發生較之前更為複雜，且常為複合式的危機，並無法適切的歸類。再者一個政府為了不同類型的危機建立不同的處理機制，在危機越來越複雜難以分類的情況下，只會更加紛亂，導致政府人員為了熟悉不同的應對方法而負荷大增。相反地，當危機變得更複雜時，政府的危機處理更應該化繁為簡，發展一套統一的流程與思維，足以應付不管是哪一種的危機，就如同急重症團隊不論

遇到的是哪一類型的病患，都有辦法依照相同的大原則將病患經由急救措施穩定下來。

本研究不論案例的分析，或是探討危機處理小組的建構與運作，將暫時侷限於我國。因為考慮在我國發生的危機事件，資訊的取得較為直接且豐富，並可以消除因為語言的隔閡需要翻譯可能之意思誤解，以及符合我國現有政治體制可以用最小的改變來運作危機處理小組。然而，筆者認為，關於危機處理的架構與精神應該是能跨越文化藩籬，普世通用，若能以我國的案例建構出實用的危機處理模型與危機處理小組運作模式，未來應可嘗試將此模型外推，套用其他國家的危機事件來驗證是否仍可行。

第二節、研究目的

本研究的研究目的條列簡述如下：

- 一、以急重症醫療團隊的精神出發，建立一個政府危機處理的模型。
- 二、這個模型必須是不複雜且易懂，才能容易教學與遵循。
- 三、這個模型足以應對不同種類不同規模的危機，如同急重症團隊有能力處理各式各樣且嚴重度不一的病患。
- 四、這個模型可以協助所有參與政府危機處理的人員與政府官員，建立相同的危機處理語言，與良好的事後檢討與經驗傳承機制。

第二章、文獻回顧

第一節、政府危機的定義

危機 (Crisis) 最早是由希臘文字 *krisis* 演化而來，在牛津辭典的字義解釋為：「極度困難或危險的時刻」。³ 在韋氏辭典則為：「疾病或情境面臨變好或變壞的關鍵時期與轉捩點」。

最早所謂危機的定義是偏向個人的心理學層面，描述個人情感的反應，是人類感知面對情境的困難，與握有可以處理該情境資源間的失衡狀態，人類會因此失衡狀態產生煩躁或緊張等反應，最後則會有適應或重新再平衡發生，但這樣的適應與再平衡不一定是往好的或壞的方面發展。(Caplan, 1964, 1974)

後來危機的定義進一步被引用於個人、組織、國家等面臨的發展或發展或生死存亡的關鍵時刻 (鍾起岱, 2008)。以上所述的個體必須面對的危機處境包含了無預期狀態下的不愉快、未計畫的事件及其前所未有的衝擊、憑日常的標準運作幾乎無法應付等 (Rosenthal & Kouzmin, 1997)。

邱毅 (1999) 引述 Brecher 列舉四項危機的特質：一、內外環境的突然發生變化且該變化影響組織基本目標的達成。二、各種變化有連動性互相影響。三、變化會帶來風險，但只能事前預估卻不能完全避免。四、對變化反應處理的時間非常有限且緊迫。詹中原 (2003) 則提出了危機的概念有三：威脅、不確定、緊急。

所謂政府的危機，最早的定義為因應冷戰時期，較侷限在國際軍事和外交領域。

³ 請參見 Oxford living dictionary <https://en.oxforddictionaries.com/definition/crisis>

Brecher (1977) 定義所謂的國際政治危機是「一個國家和其他國際行為者間，戰爭與和平的連續性之破壞點，具有內在或外在環境的改變，產生對於基本價值立即或隨後的威脅，高度可能牽涉軍事敵對行動，並且對於應變外部威脅的時間是有限的」等數項特質。唯近年來因冷戰結束，全球化與資訊快速傳播，加以氣候變遷造成天災頻繁，以及民智大開後對國家政府的要求增加，政府的危機定義已不限於原有之軍事外交的衝突，而是多面相錯綜複雜的政府治理問題，這樣的轉變可濃縮成 Rosenthal (2003) 提出之現代政府危機的四個趨勢：一、跨國化與全球化；二、政治化；三、媒體化；四、不可預測性。蘇進強 (2003) 進一步的簡單定義，政府危機是「事出突然，並對國家重大利益產生威脅，並且決策反應時間有限的情勢。」

小結來說，危機和「時間」為息息相關，時間的緊迫與壓縮正是危機最重要的核心，也直接反應了危機處理時，必須分秒必爭，與時間賽跑的重要性。

第二節、政府危機的分類

對於政府危機，最直覺也是最常用的一種分類法，就是把危機區分為颱風地震水災等不可抗力自然危機 (nature crisis)，與因為人為的故意或過失引發之人為危機 (Man-made crisis) (Rosenthal、Kouzmin，1993)。Mitroff & Macwhinney 則由此為本，進一步加入了發生於組織內在與外在的變項，將政府危機分為四種形態：一、內在的非人為危機；二、內在的人為危機；三、外在的非人為危機；四、外在的人為危機 (引自邱毅，1998)。於前節曾提及，較早期的國家危機著重於軍事外交的對抗，因此也可以把軍事 (衝突) 危機獨立在政府的危機之外，再依影響的層級 (組織、地區、區域、國家、國際) 之不同，各自區分為內在與外部的危機如表 2-1 所示：作者將一些歷史發生之事件，置放於相對應位置如伊朗危機 (表 2-1 中縮寫為 IRA) 放置於國家等級內因性衝突危機之位置，然而本危機有可能從國家等級升高成國際等級，並由單純內因性影響到外部成為外因性危機，因此在旁邊加上向上與向右之箭頭表示其可能發展方向。其它例如工廠被霸佔屬於組織層級的內因性衝突危機，工廠火警則為組織層級之內因性非衝突危機，恐怖份子劫機則歸屬為國際層級之外因性衝突危機。以此類推，我國發生之危機事件亦可以用同樣的分類方法於表中找到相對應之欄位。(Rosenthal, and Kouzmin, 1997)。

表 2-1 以是否為軍事衝突危機為基礎之危機分類

Basic Threat		"Conflict" Crises		"Solidarity" Crises	
Domain of Threat	Origin	Endogenous	Exogenous	Endogenous	Exogenous
	International			Terroristic hijackings	
National		(Red Army) RAF (Basque Resistance) (ETA)			
Regional		IRA		Flood Zeeland 1953	Sandoz poisoning of Rhine Delta
Local		Squatter riots Violent demonstrations		Bhopal	
Organizational		Factory occupations		Factory fire	

資料來源：Rosenthal, and Kouzmin, 1997: 284

Lerbinger (1997) 則將政府危機更細分為七類：第一類是天然危機 (natural crisis)，亦即我國災害防救法內定義之天然災害；第二類是科技危機 (technology crisis)，如 2011 年日本福島核電廠災變引發的輻射污染事件；第三類是對抗危機 (confrontation crisis)，不同立場間的激烈對抗與社會對立，如勞基法修法爭議與同性婚姻事件；第四類是惡意危機 (crisis of malevolence)，如 ISIS 的恐怖主義，以及台灣多年前發生的毒蠻牛千面人事件等；第五類是扭曲的價值危機 (crisis of skewed management values)，例如新聞媒體大幅報導捷運隨機殺人案或女童砍頭案可能引起之社會影響；第六類是欺騙危機 (crisis of deception)，如政治人物對大眾的欺騙；第七類是處理不當的危機 (crisis of misconduct)，如太陽花學運過程中的流血衝突。

另外也可以以容易遭致政府危機發生的時刻情境來做類似分類如表 2-2 (行政院研究發展考核委員會，2009)。

表 2-2 易遭致危機的時刻

易遭致危機的時刻	案例
1. 重大天然災害發生	地震、風災、水災等
2. 法令或制度變更時	油電雙漲、勞基法修法、證所稅
3. 重大政經環境變化	政黨輪替、次貸風暴
4. 社會結構的急遽變遷	少子化、M型化
5. 大型群眾聚集或活動	白衫軍、太陽花學運
6. 重大社會事件發生時	捷運隨機殺人案、高鐵炸彈案
7. 自然環境劇烈變化時	短時間強降雨、極端寒流
8. 全球性競爭與相互連結的變化	中美貿易大戰、新南向政策
9. 重要首長身故、失能或發言失當時	319槍擊案、88風災總統與官員失言
10. 國家安全與社會治安威脅時	中共軍機繞台

資料來源：行政院研究發展考核委員會，2009⁴

Bazerman & Watkins (2004) 將政府危機分類為可預期的危機與完全無法預料的意外，並闡述可預期的危機有六大特徵：領導者事前已知情、組織內成員已發現日益嚴重問題、要解決該問題需付許多代價但無法馬上見到成果、付出的代價回回饋可能只是避免付出更大的代價、人類偏好維持現狀、利益團體的阻撓變革等。

Gundel (2005) 則進一步根據兩項危機的特性：可預測性 (predictable) 以及可影響性 (influenceable) 建構了 2*2 的危機矩陣，將政府危機分為四類：普通危機 (conventional crisis)、無預期危機 (unexpected crisis)、棘手危機 (intractable crisis) 以及根本危機 (fundamental crisis) 如圖 2-1 所示。

⁴ 右側之案例為筆者依近年來案例重新整理

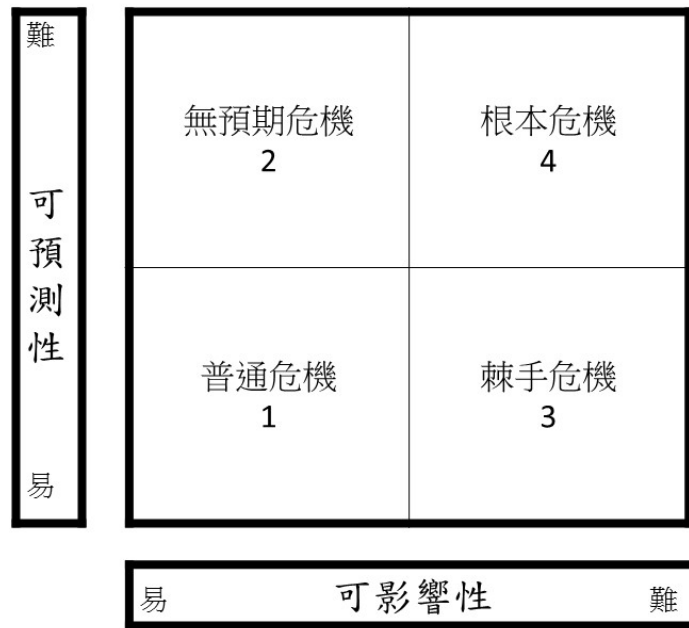


圖 2-1 危機矩陣

資料來源：Gundal, 2005：112

吳秀光 (2007) 對於政府危機的分類則以時間有限性為基本要件，加上三樣變數：多樣性 (指需要兩個以上的專業介入)、技術知曉性 (包括政府有實質處理的技能以及對處理順序的共識)、反覆性 (危機發生時政府是否已具有同類型危機的處理經驗)，對於政府的危機做出 8 個分類如圖 2-2 所示

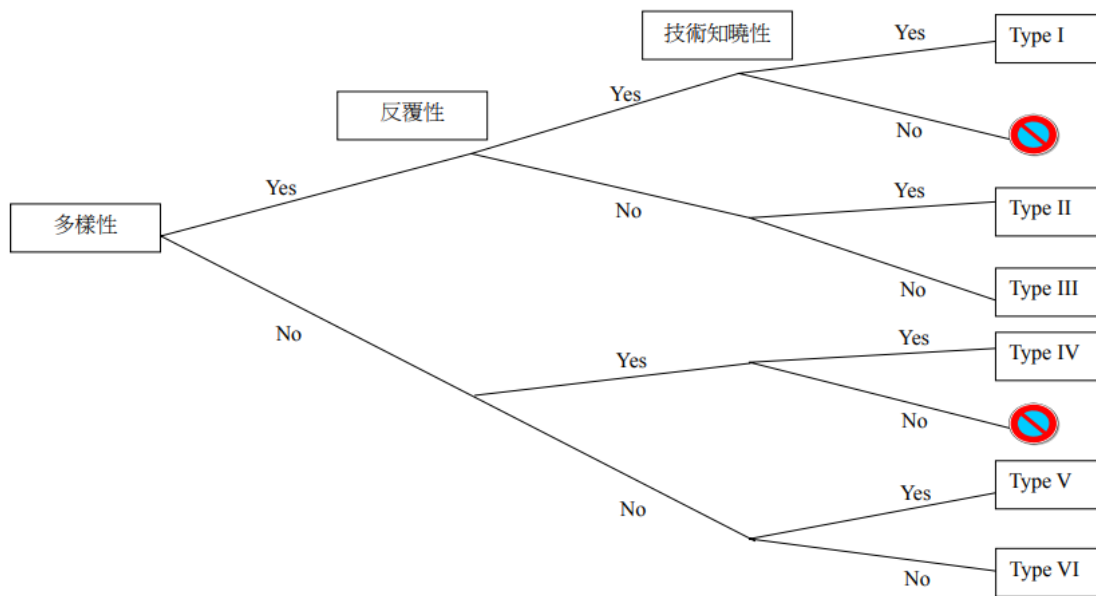


圖 2-2 以三項變數為主的新危機分類

資料來源：吳秀光，2007：10。

綜合以上文獻分析，將危機分類的原意，是欲將類似型態的危機做系統性，統整並期望能梳理出針對此類危機的可行處理並可學習之模式。

然而，政府若要為每一類型的危機都分別建立處理機構與應變處理模式，會造成為數眾多且複雜，甚至各模式之間可能相互矛盾的問題⁵。

況且現代的危機事件，以日本 311 大地震為例，一個地震竟引發地震本身、海

⁵ 以醫院傳統的災害應變計畫舉例，傳統會分別制定包括火災、地震、停電、大量傷患等單獨應變計畫，在各項單獨應變計畫中會有不同的成員組成，不同的職責，不同的指揮模式，然而這樣因應不同狀況卻有不同作法的方式確實面臨醫院成員容易混淆無所適從的問題，因此 1991 年由美國加州發展出來之醫院緊急事件指揮系統 (Hospital Emergency Incident Command System, HEICS)，特點即為不論是何種緊急狀況，醫院的緊急應變指揮系統與成員角色都相同，使用合乎邏輯的指揮架構、清楚的責任歸屬、明確的回報體系與共同的名詞，讓每一個成員都能迅速的應變，並可彈性的應用在不同的情境，相關內容請參見

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.disaster.org.tw/chinese/active/910518/HEICS.ppt>

嘯、以及海嘯引發之福島核電廠的輻射災變事件，不但完全出乎意料，造成的危機更是橫跨天災與人為之類型，且各項因素交互影響下，使企圖套用單一類型危機處理模式幾乎成為不可能，增加危機處理之難度。因此，本研究即企圖打破現有相關研究必須將危機分門別類加以討論的藩籬，尋找一個簡單，可以一以貫之，不論哪一類型危機均能適用的模型，也是讓政府從事危機處理的人員，能使用的一種共同語言。

第三節、傳統危機處理或危機管理的研究

從危機處理研究的歷史可發現以下幾項趨勢：1950-60 年代偏向危機決策的研究，至 1970-80 年代走向危機處理與危機談判之研究；參與危機研究的學者從最早以美國政治學者及其他社會科學學者，1970-80 年代後逐漸有世界各國學者的加入；1970 年代以前的危機研究較偏向歐美，80 年代以後則中東、南亞、非洲以至二次世界大戰後中東、南亞、非洲與拉丁美洲的國際危機劇增；危機研究越來越重視行為科學與實證研究（洪秀菊，1999）。

鍾起岱（2008）整理近年來的危機處理研究，主要來自四個領域的學者，包含主要研究國際關係事件的政治學者、從災害出發研究內政危機的公共行政學者、觀察研究風險社會的社會學者，以及以經濟學風險概念處理私部門危機事件的企業管理學者。

多年來從事危機研究的學者多以危機事件的進行發展區分階段，以便於探討各階段相應的危機處理作為。其中最為人所熟悉的一個分類法是 Fink (1986) 依病理學概念衍生的危機發展階段理論，將危機劃分為具有類生命週期特性之四階段：一、潛伏期 (prodromal)；二、爆發期 (acute)；三、延續期 (chronic)；四、解決期 (resolution)，其中心思想為危機不可能憑空發生，會如同疾病般經過一段時間的醞釀而爆發。

另一個著名的危機階段論則為 Mitroff (1993, 1994) 的危機五階段論：一、危機訊號偵測階段 (signal detection)；二、探測與預防階段 (probing and prevention)；三、危害阻絕階段 (damage containment)；四、復原階段 (recovery)；五、學習階段 (learning)

如圖 2-3

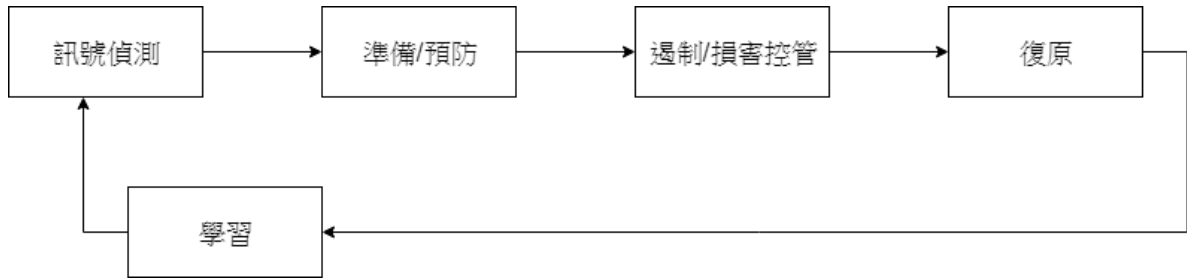


圖 2-3 危機五階段

資料來源：Mitroff, 1993

邱昌泰 (2010) 則以最直覺簡易的方法區分為：一、危機預防；二、危機處理；三、危機復原三階段。

小結：依現有可搜尋之中外政府危機處理相關文獻，似仍未有如本研究以緊急醫療為觀點切入者。綜觀各項將危機進行階段區分的學說，均有一明確的分界點，即危機事件爆發之時，分界點之前所有的作為其目的屬於預防或減緩危機發生，分界點之後則為對危機發生的各項應變作為，以及危機結束後的復原檢討作為，本研究將著重的部份是則是以緊急醫療的觀念，闡述歸納此分界點之後，政府應當採行之一系列行動。

第四節、我國政府危機處理的組織與機制

我國對於各種天然⁶或人為⁷造成的災害，鑑於 1999 年九二一大地震發生，因死傷慘重且影響不同層面例如經濟、教育、衛生、社福等甚鉅，造成政府原有災害防救與緊急應變的嚴重挑戰，促使政府於 2000 年 7 月訂立「災害防救法」並經歷年修訂，指定各項災害之防救業務主管機關⁸與指定各級政府之主管機關⁹，以及統整性質的中央災害防救會報，並設立中央災害防救委員會、行政院災害防救辦公室、行政院災害防救專家諮詢委員會、國家災害防救科技中心與國家搜救指揮中心等機構。然而依法雖看似各有主管機關與防救機制，多年來遇到如莫拉克風災、高雄氣爆、八仙塵爆、台南地震等，一個災害卻牽涉不同政府層級與不同業務主管機關時，機關間縱向與橫向的運作與協調就出現問題，不論是中央地方機關因黨派不同

⁶ 依災害防救法第二條第一項第一款：「風災、水災、震災（含土壤液化）、旱災、寒害、土石流災害等天然災害。」

⁷ 依災害防救法第二條第一項第二款：「火災、爆炸、公用氣體與油料管線、輸電線路災害、礦災、空難、海難、陸上交通事故、森林火災、毒性化學物質災害、生物病原災害、動植物疫災、輻射災害、工業管線災害等災害。」

⁸ 依災害防救法第三條：各種災害之預防、應變及復原重建，以下列機關為中央災害防救業務主管機關：一、風災、震災（含土壤液化）、火災、爆炸災害：內政部。二、水災、旱災、礦災、工業管線災害、公用氣體與油料管線、輸電線路 災害：經濟部。三、寒害、土石流災害、森林火災、動植物疫災：行政院農業委員會。四、空難、海難、陸上交通事故：交通部。五、毒性化學物質災害：行政院環境保護署。六、生物病原災害：衛生福利部。七、輻射災害：行政院原子能委員會。八、其他災害：依法律規定或由中央災害防救會報指定之中央災害防救業務主管機關。前項中央災害防救業務主管機關就其主管災害防救業務之權責如下：一、中央及直轄市、縣（市）政府與公共事業執行災害防救工作等相關事項之指揮、督導及協調。二、災害防救業務計畫訂定與修正之研擬及執行。三、災害防救工作之支援、處理。四、非屬地方行政轄區之災害防救相關業務之執行、協調，及違反本法案件之處理。五、災害區域涉及海域、跨越二以上直轄市、縣（市）行政區，或災情重大且直轄市、縣（市）政府無法因應時之協調及處理。

⁹ 依災害防救法第四條：本法主管機關：在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。直轄市、縣（市）政府及鄉（鎮、市）公所應依地方制度法第十八條第十一款第二目、第十九條第十一款第二目、第二十條第七款第一目及本法規定，分別辦理直轄市、縣（市）及鄉（鎮、市）之災害防救自治事項。

而對立¹⁰，或是主管機關間的本位主義傾向自掃門前雪與互相推卸責任¹¹，致使整個防災救災過程無法順利一次到位，遭致批評。李鴻源 (2014) 即指出，我國採取單一特定災害的管理方式而非美國之共通管理架構方式 (all-hazard approach) ，實際發生災害時，看似完整的應變機制卻無法整合。

上述問題亦為本研究欲探討的目的之一，依前節所述過去的研究將危機或災害做出分類，原意在使政府依不同的危機/災害性質，能夠做出不同的反應與處理機制，然而進入 21 世紀，危機與災害的發生常為複合式，不容易簡單的歸類，處理機制更不可能如傳統方式一樣依不同類型做不同反應，反而必須反思是否能有一套統一的流程與思維，面對越來越不易分類，越來越複雜的危機/災害。

我國的政府危機處理機構，除了災害防救法明定關於天然或人為災害，已規定各類災害的主管機關外，對於其他非屬災害之危機例如官員醜聞或重大政治經濟社會事件等，並無明文規定主管機關與處理機制。唯一可由現有法令規章探尋和政府危機處理高度相關者，為憲法增修條文第二條：「總統為避免國家或人民遭遇緊急危難或應付財政經濟上重大變故，得經行政院會議之決議發布緊急命令，為必要之處置，不受憲法第四十三條之限制。但須於發布命令後十日內提交立法院追認，如立法院不同意時，該緊急命令立即失效。總統為決定國家安全有關大政方針，得設國家安全會議及所屬國家安全局，其組織以法律定之。」

由條文觀之，我國中央政府若遇重大之天災或政經危機，甚至必須啟動國家安

10 參見同樣爆炸中央補助大小眼？行政院解釋 網友憤怒不服
<http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=82921>

11 請參見 八仙過火 各自逃難 <https://tw.news.yahoo.com/-233023011.html>

全相關機制時，此危機處理的發動者似為總統本人。以總統為政府危機處理之負責人，於情理上符合我國在總統直接民選後，民眾對於國家執政及危機處理成敗想像，自然會以民選的總統為究責的主要標的，並於下一次的選舉表達其意見。然而，總統真能權責相符的成為政府危機處理的負責人嗎？囿於我國憲法之雙首長制，總統並無法直接指揮政府閣員進行危機處理，僅得透過召開國家安全會議進行應變，或透過行政院會議發布緊急命令，近年來總統實際依憲法增修條文發佈緊急命令之次數亦僅有 1999 年九二一大地震一次。再者憲法增修條文使用的字眼為「得」而非「應」，實務上仍賦予總統相當之彈性或稱之為巧門，總統並不一定需要循前述的機關或會議來進行危機處理機制¹²。綜觀近年數任民選總統，我們更常見諸總統透過召集府院黨特定之人士進行定期或不定期之小組會議，或甚至非正式之幕僚或官員聚會等，來進行政府危機的處理。

由於憲法給予總統的危機處理機制巧門，好處可以使總統面對危機時不致於局限於雙首長制政府機關的框架中導致無法即時應變，然而缺點則在於，若總統不採行政院緊急命令或國家安全會議等憲政程序，反可能造成不同的總統採用不同的偏好模式與不同的危機處理參與人員，影響所及，危機處理經驗的無法在正常政府機制運作下獲得學習與傳承，每一次危機發生，都可能必須是從零開始。

再者，由於許多危機如官員的風紀貪瀆事件，或是單一機關發生的事件，總統或行政院長不可能事必躬親，但此類事件對政府信任度與支持度的影響卻是全面性，政府若沒有常態性的危機處理小組負責控管處理此類事件，則這樣的危機事件交由單一機關自行處理，由於機關內仍然沒有專人負責，往往會發生應對或處理失當的風波，無法平息危機甚至火上加油，例如 2017 年之大潭電廠操作失誤導致全

¹² 依國家安全會議組織法第五條規定，國家安全會議的決議僅做為總統決策的參考。

台大停電事件¹³與外交部護照內頁照片誤植事件¹⁴，均為單一機關處理不當導致危機擴大的案例。

¹³ 指中油董事長陳金德在事件發生後之不當言論，造成輿論抨擊，最後請辭。請參見政治巷仔內／「這種場面看多了」...陳金德「被請辭」<https://www.nownews.com/news/20170818/2600060/>

¹⁴ 指 2017 年底外交部發行新版護照，被發現內頁照片非桃園機場而是盜用外國機場，外交部第一時間出面嚴正否認後來才認錯，卻又將責任推給中央印製廠，遭致輿論撻伐。請參見聯合報黑白集／危機處理的錯誤示範 <https://udn.com/news/story/11321/2906822>

第五節、各國政府危機處理的組織與機制

壹、美國

美國身為世界強國與以往素有「國際警察」介入國際間重大軍事與外交折衝的身分，面對的危機自然是來自四面八方且複雜多元，尤其以長期反美之激進國家或團體多年來嘗試對美國本土或駐外使館發動之恐怖攻擊行動，是為最大的危機與國家安全威脅，因此談美國的危機處理組織與機制，必然先從國安反恐機制談起。

美國最為人所知的國家安全專責機構為國家安全會議 (National Security Council, NSC)，是依據 1947 年美國因應二次世界大戰後外交和軍事重整所需訂立之「國家安全法」(National Security Act of 1947) 而來，由總統主持，最初之法定成員涵蓋總統副總統、國務卿、國防部長、共同安全委員會主席、國家安全資源委員會主席、軍火委員會主席，以及行政予軍事部門正副首長和總統指定出席之閣員，事實上賦予總統極大彈性決定該會議成員參與的程度，但局限於行政人員而無立法與司法的角色，成為總統所獨有可以快速做為國家安全政策與相關危機處理反應的機構 (羅雅美，2006)。

對於其他天然或人為科技災害方面，1978 年美國總統卡特因應三哩島核電廠輻射外洩事件，交由國會通過了組織再造計畫第三號 (Reorganization Plan No. 3)，成立了聯邦緊急應變事務管理署 (Federal Emergency Management Agency, FEMA)，初始任務參閱該署網站明定為：

" The Federal Emergency Management Agency coordinates the federal government's role in preparing for, preventing, mitigating the effects of, responding to, and recovering from all domestic disasters, whether natural or man-made, including acts of

terror. " ¹⁵

亦即該署管轄之範圍包含恐怖行動在內的所有天然與人為災害，做準備、預防、反應、和緩與恢復之工作，這就是所謂的整合式緊急處理系統 (Integrated Emergency Management System, IEMS)，強調的是以一套單一但靈活的，整合各級政府 (地區 local、州政府 state 與中央 FEMA)的系統，可應用在多種的災難情境 (Mushkatel & Weschler, 1985)。我國後來建立之災害防救法即參考美國該署的精神。

2001 年 9 月 11 日，美國境內一場驚天動地的恐怖攻擊，震撼了全世界，也暴露了美國對於層出不窮的恐怖攻擊事件，雖有國家安全會議設置，但舉凡情報蒐集、政府部門間的本位主義、橫向聯繫的缺乏、未嚴肅思考「本土防衛措施」與「國家安全工作」之關係，均使政府面對 911 恐怖攻擊時顯得左支右絀 (張世澤、張世強，2009)。

時任美國總統布希因應此變局，成立戰爭內閣並擴大了每日國家安全會議之參與成員，包含：正副總統、國防部長、國務卿 (以上為原有國家安全會議固定成員)、 國家安全顧問、副國務卿、副國防部長、副總統幕僚長、空軍參謀長、主管政策設計之助理國務卿等(林正義，2002)。2001 年後的國家安全會議出席成員則如表 2-3 所示：

¹⁵ 請參見 FEMA 網站 <https://www.fema.gov/about-agency>

表 2-3 國家安全會議出席成員 (Attendees of NSC)

法定成員	非法定成員
<ul style="list-style-type: none"> ●總統 ●副總統 ●國務卿 ●財政部長 ●國防部長 ●總統國安事務特別助理 ●中情局局長 ●參謀首長聯席會議主席 ●國家安全顧問 	<ul style="list-style-type: none"> ○總統首席幕僚 ○總統經濟政策助理 ○總統顧問 ○司法部長 ○預算管理辦公室 ○司法部 ○其他視議題需要邀請列席之行政首長

資料來源：National Security Presidential Directives (NSPDS), 2001

布希後來更建議，成立一跨機關之整合單位，包括各級政府、國會與公私部門以提供國土安全策略（劉必棟，2003）。此機構即為美國國土安全部（U.S. Department of Homeland Security, DHS），被稱為美國歷史上最大的機構合併案（mergers）之一（The Economist, 2002）。國土安全部下轄了前段所述的聯邦緊急事務管理署 FEMA，以及美國公民及移民服務局、美國海關及邊境保衛局、美國移民和海關執法局、運輸安全管理局、美國海岸防衛隊、全國防護及計劃司、及負責美國總統副總統之美國特勤局。國土安全部現行的組織架構如圖 2-4：

U.S. Department of Homeland Security

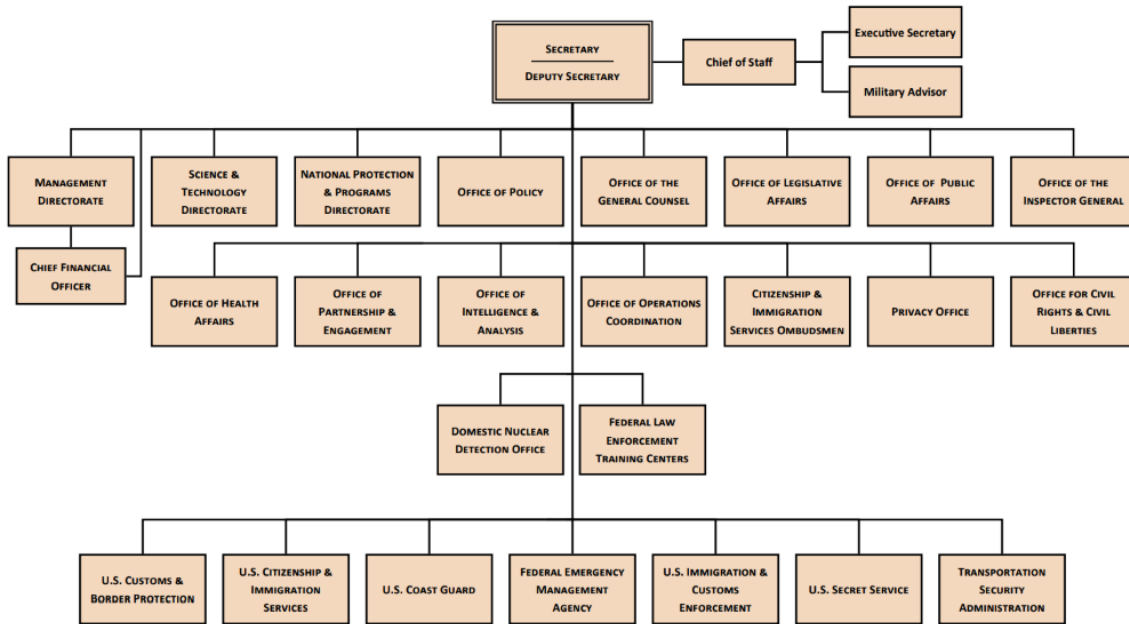


圖 2-4 美國國土安全部組織架構

資料來源：<https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/Public%20Org%20Charts%202017.08.15.pdf>

不幸的是，2005 年 8 月的強烈颶風卡崔娜侵襲紐奧爾良事件，徹底凸顯出了這樣看似完善的危機處理機制的問題，簡單列舉有包括 FEMA 被合併到 DHS 後原有經費大量挪用至反恐而非天災、聯邦政府和州政府間資訊傳播溝通與指揮互相制肘、救災系統的無法早期發揮效用與應變系統的失能，導致後續衍生的人為危機如暴動搶劫事件等，而包括白宮在內自行提出的檢討報告亦提出包括上述之問題並於其後做檢討改進（翁興利、方志豪，2008）。另外，國土安全部依其組織與運作模式，雖已涵蓋前述政府危機定義中的大部分類別（國防與災害），但政府運作過程中產生之危機如官員貪瀆醜聞、社會金融等似仍未納入。

貳、日本

日本與我國類似，為地震、颱風等天災頻傳的國家，因此日本的危機處理相當著重於災害的處理，早於 1947 年與 1959 年即分別建立了「災害救助法」與「災害

對策基本法」，地方各級政府則依據相關法源分別制定相應之防災計畫，中央則在內閣府成立中央防災會議，建立防災基本計畫與防災相關重要事項的審議¹⁶。中央防災會議的組織如圖 2-5，至於整體防災體制架構圖則如圖 2-6。

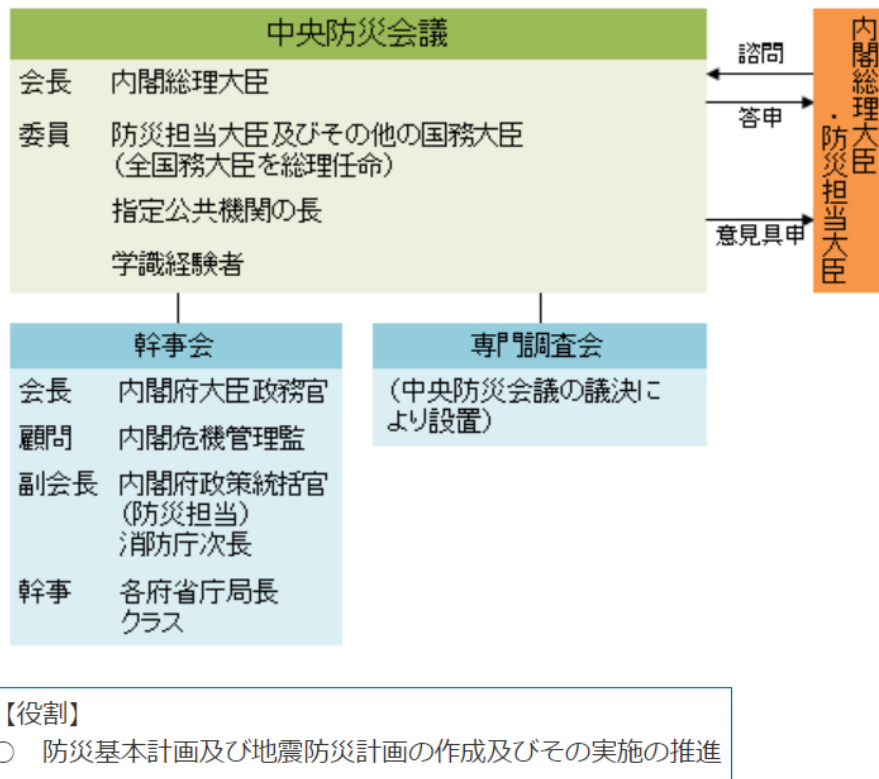


圖 2-5 日本中央防災會議組織圖

資料來源：<http://www.bousai.go.jp/taisaku/soshiki1/soshiki1.html>

¹⁶ 參見 <http://www.bousai.go.jp/kaigirep/chuobou/index.html>

防災体制の概要
防灾体制的概要



圖 2-6 日本整體防災體制架構圖

資料來源：http://www.bousai.go.jp/1info/pdf/saigaipanf_c.pdf

當災害發生時，中央政府依災害的範圍與規模不同，將於首相官邸成立由首相擔任本部長之「緊急災害對策本部」，或於內閣府成立由防災擔當大臣擔任本部長之「非常災害對策本部」，依據事先建立之防災計畫進行救災防災的工作整備，並直接指揮地方都道府縣與市町村之災害對策本部（蘇顯星，2016）。首相官邸另成立「危機管理室」由危機管理監進駐，和防衛廳與警察廳等單位橫向聯繫，負責所有的災害管控應變與情報整合事宜（黃偉修，2012；蘇顯星，2016）。

然而，2011 年的 311 大地震與隨之發生之福島核電廠核災事件，卻仍凸顯出這一套防救災體制的弱點所在有二：一、中央地方間的整合不佳與訊息傳遞失靈，造成由下而上的資訊隱瞞以及由上而下的命令無法貫徹以及二、中央指揮系統龐雜紛亂，對於複合型危機沒有辦法有效協同高層與閣員進行危機處理（黃偉修，2012）。這樣的缺失與美國危機處理機制於卡崔娜颶風發生之缺失有令人驚訝的相同之處。2018 年 7 月發生之日本中西部大雨成災導致多人死亡事件，則凸顯了另一項問題，日本長期以來防災的重心均放置在地震與其相關之災害，對水災的重視程度相對輕忽，不但國土交通省針對日本各河流特性制定 200 年或 100 年洪水週期之應變方案沒有任何一條完工，2018 年度的治水預算也僅約顛峰時期的 6 成左右，日本企業更只有 1/3 具備對暴雨洪水的應變想定，有必要在此次教訓後重新檢討。（日本經濟新聞中文版，2018）

在非災害之危機處理機制，尤其是涉及國防安全事項，日本則是成立由總理直接領導之「安全保障會議」，後於 2013 年改制為「國家安全保障會議」與幕僚機構「國家安全保障局」，其目標為強化首相官邸以一元化指揮方式直接主導相關外交與安全保障政策、建構情報/戰略一體化的安全保障機制、及與內閣府危機管理監共同強化情報偵搜的能力，整個國家安全保障會議與國家安全保障局之配置相似於美國之國家安全會議(蔡增家，2013)。國家安全保障會議之組織系統如圖 2-7 所示：

國家安全保障會議（日本版 NSC）的組織系統

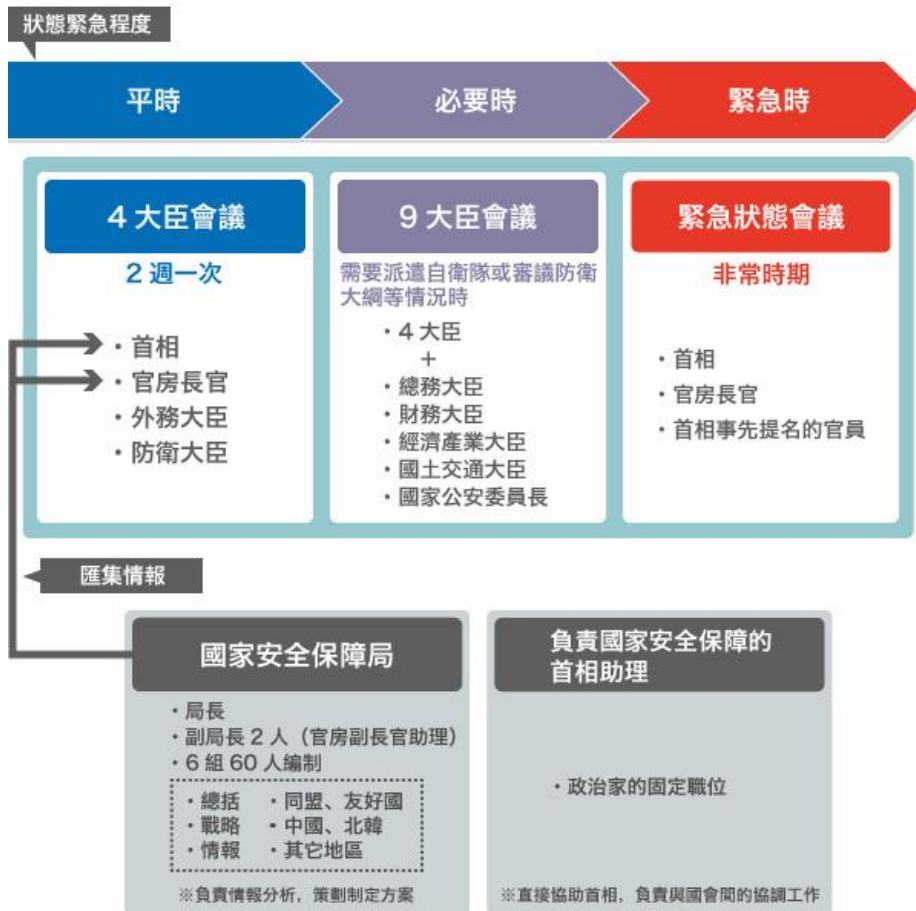


圖 2-7 日本國家安全保障會議之組織系統

資料來源：原野城治，2014，<https://www.nippon.com/hk/genre/politics/100050/>

參、英國

英國與日本均屬於內閣制國家，英國政府的運作基本上以內閣會議為中心。英國的危機處理機制和一般政務無異，就是透過定期或不定期之內閣會議進行。和總統制國家不同的是，這樣的內閣會議採合議制，而非總統制雖仍有會議，若總統強勢則常由其直接決斷。合議制的優點是集思廣益，缺點則為意見分歧可能針鋒相對難獲共識。戰爭時期如福克蘭群島戰爭時，英國首相則成立成員較為彈性，人數較少但權力較平時內閣為大之戰時內閣，進行戰時的決策與危機處理，由戰時內閣提出危機之緊急應變方案交下議院通過後即由各部會去執行。

另外於美國九一一事件後，英國在內閣辦公室成立位階類似部會常務次長之國家安全主管，對首相負責，業務為反恐相關的情報蒐集與應變(行政院研考會，1991、蘇進強，2003)。

英國危機處理的組織與運作過程如圖 2-8 所示。

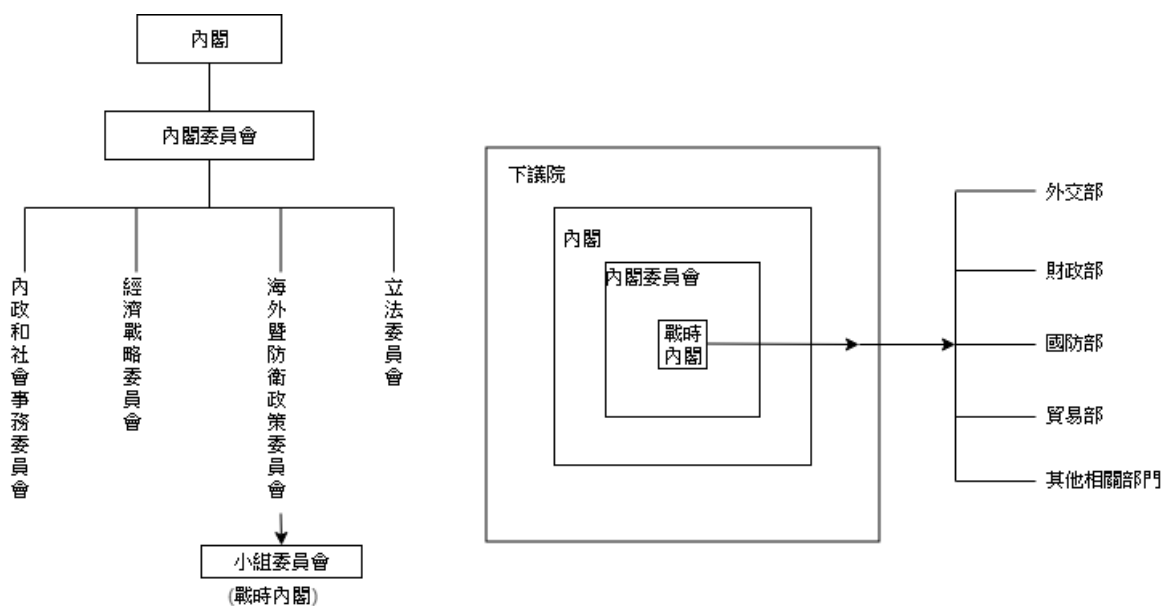


圖 2-8 英國危機處理的組織(左)與運作過程(右)

資料來源：行政院研究考核委員會，1991

在天然與人為災害的應變方面，英國仍在內閣會議的架構，或所謂的內閣簡報室-中央政府危機處理會議 (Central Government Crisis Response Machinery) 下運作，並設立直屬首相辦公室之公民應急處 (Civil Contingencies Secretariat) 負責災害事故的整備、應變與復原工作，並協同內閣指揮中央與地方之災害搶救部門或其他專責部門 (蕭英文等，2010)。首相辦公室並發佈了完整的緊急應變與復原準則 (guidance of emergency response and recovery, <https://www.gov.uk/guidance/emergency-response-and-recovery>) 供所有可能參與災害緊急應變之人員有統一的指引供遵循。

肆、法國

法國政府於處理國家重大危機時，經常由總統為主席召集定期或不定期的部長會議 (le conseil des ministres)，參與者為部長級閣員、總統府秘書長與政府秘書長且嚴格限制與會人數。總統有相當大的權力來控制部長會議討論的議題與時間，並對重大議題做出決策。由於人數的限制以及明確定義此為決策會議而非交換意見或政策辯護，這樣的會議可以較有彈性與效率 (張台麟，1996)。針對國防軍事相關議題則另有類似國家安全會議之國防會議，和部長會議分別召開 (蘇進強，2003)。

2008 年，因應全球性的安全、氣候、政治、健康與人道主義等危機頻傳，法國在外交部轄下設立了危機與支援中心 (The Crisis and Support Centre, CDCS, <https://www.diplomatie.gouv.fr/en/the-ministry-and-its-network/the-crisis-centre/>)，初始的任務是協助與救援法國國民於外國的災難或危機中安全度過，但依其網站描述，於 2015 年發生之巴黎恐怖攻擊事件，該中心亦啟動運作，故可推測該中心並不僅關注國際危機。根據其組織組成與任務如圖 2-9，該中心具有準備、狀況分析、緊急應變、人道主義與危機後穩定等部門，事實上該中心已然成為一個完整的國內外危機處理專責機構。

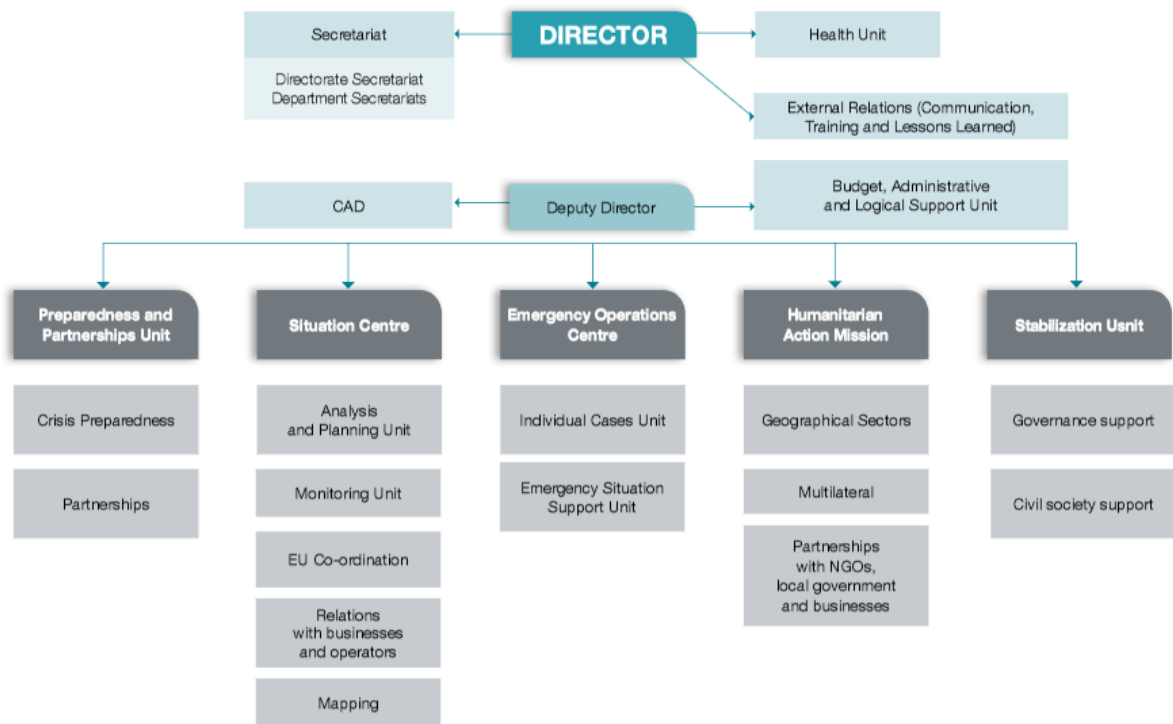


圖 2-9 法國外交部之危機與支援中心 (CDCS) 組織架構

資料來源：該中心之簡介 https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/br-cdcs-gb-09-09-2015_cle42b42c.pdf

伍、小結

對於天然或人為災害的危機處理，幾個主要民主國家依照其政府的體制不同而有不同防災組織的呈現，日本和英國屬於內閣制國家，防災與反恐機構直接由首相與內閣會議指揮各級防災機構進行災難或反恐的應變，美國與法國等總統制/半總統制國家則傾向設立專責機構進行應變，美國更以國土安全部涵蓋包含防恐任務內的幾乎絕大部分政府危機，都可以在該部進行準備應變復原等工作，可視為功能與組織最完整之危機處理機構。

各主要國家對於國家安全相關之危機處理的組織與機制，則可由蘇進強 (2003) 整理如表 2-4 所示，不論政體大抵均由國家元首召集相關內閣成員開會進行危機處理程序，然而相比於其他國家國家元首均可直接指揮閣員應變，我國受限於雙首長

制度，除國防外交兩岸閣員外，總統依憲法 57 條規定並無法直接指揮其餘閣員，在危機情境的運作可能具備較多障礙。另以現有文獻，均無具體提及各國決策機制之實際運作模式，故無法確知是否有特定模型或內控機制。

表 2-4 各國與我國之國家安全相關危機處理機制比較

	美國	英國	法國	日本	我國
決策機制	國家安全會議	內閣會議	國防會議	安全保障會議	國家安全會議
決策法源	國家安全法	憲法	國防組織法	憲法	憲法、國防法
決策者	總統	首相	總統	首相	總統
會議成員	總統、副總統、總統國家安全顧問、白宮幕僚長、國務卿、國防部長、能源部長、法務總長、中央情報局局長、參謀首長聯席會議主席、副國家安全顧問、副總統國家安全顧問	首相及所有內閣部會成員	總統、總理、外交部長、內政部長、國防部長、經濟部長、總統府秘書長、總統府參軍長、國防秘書處秘書長、參謀總長、陸軍總司令、海軍總司令、空軍總司令及軍備局局長	首相、國務大臣、外務大臣、大藏大臣、國家公安委員會委員長、防衛廳長官、經濟企劃廳長官、內閣官房長官	總統、副總統、總統府秘書長、行政院院長、副院長、內政部長、外交部長、國防部長、財政部長、經濟部長、陸委會主委、參謀總長、國家安全會議秘書長、國安局局長及總統指定列席人員
幕僚機構	1.首長委員會 2.次長委員會 3.政策協調委員會	1.委員會 2.秘書處 3.安全協調會	1.部長會議 2.國防秘書處 3.海外情報局	1.安全保障室 2.幹事會(自各會遴選副部長、次長十名，擔任幹事，組成幹事會，兼辦該會事務，輔佐主席。)	1.諮詢委員 2.國安會秘書處 3.國安局
幕僚機構功能	1.首長委員會負責協調、監督國家安全政策形成與執行。 2.次長委員會就有關國家安全政策先行討論，並研擬分析各項方案的利弊，以提供首長委員會取捨。 3.政策協調機制：依據地區及功能召集會議，主席由相關助理部長(署長)擔任，國安會幕僚則擔任執行秘書。	1.委員會：協調各部會爭議及研究施政方案。 2.秘書處：準備內閣會議的日程、決議分發與報告整理。 3.安全協調會：保障國家安全及經濟與社會福祉免於受到外力威脅。	1.部長會議：集合各部會首長決定國家大政的會議。 2.國防秘書處：籌備國防會議之召開協助總理處理國防與軍事方面事務；與各部會聯繫與協調，掌握影響國安事件的發展；及處理與國家安全相關事宜。 3.海外情報局：直屬國防部，負責國家安全情報蒐集及執行與國家安全有關任務。	有關安全保障會議的事項，以及其他行政部門的綜合協調。	1.諮詢委員：依據專業事務提供總統諮詢意見。 2.秘書處：負責議程、會議記錄及決議案聯繫處理。 3.國安局：對大陸、外交、國防等情報做分析提出綜合研判報告。

資料來源：蘇進強，2003：13

第六節、本章總結

從以上可收集並回顧之文獻觀之，在各類政府的危機中，災害如天然災害或人為引起的災害（如火災、公安意外等），各國政府「看似」較有制度化與常設機構化的危機處理機制，例如美國的 FEMA 或日本的災害對策本部等，探究其原因可能在於這類危機的內涵與處理方式較具有客觀與專業技術成分，因此不論學術與實務領域，多年來的持續發展已漸漸形塑出標準化的處理技術，例如早期預警與疏散、特殊地形救援、災民的安置需求、災區衛生、創傷後症候群處理、災區復原等等，政府也能透過每年例行或不定期之演習（練），讓相關人員熟悉這些技術與流程。

然而，上述這些較專業的危機處理技術實屬於戰術戰技部分，如果以緊急醫療來對照，較屬於緊急醫療的技術如氣管內管插管、心肺復甦術、葉克膜¹⁷的裝設等單項技術，只要透過不斷的練習與每年的演練，都可以精熟。然而，在更高層次的戰略部分，包含了資訊的收集研判、理性選擇、緊急與否與優先次序的評價、倫理與價值的考量、危機溝通等，有沒有一套可以運作並能複製與傳承的模式，在既有文獻上並無法呈現。

以最淺顯的舉例，我國每年颱風季，各縣市政府對於宣布停止上班上課之看似單純措施，卻屢屢成為地方首長的危機，原因在於這樣的措施宣布雖然表面上有「天然災害停止上班及上課作業辦法」的相關條件¹⁸，然而如同該法規的文

¹⁷ Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO, 為暫時性取代病患心肺功能，爭取更多時間之緊急醫療設備。

¹⁸ 舉例該法第四條的規定為：風災已達下列基準之一者，「得」發布停止上班及上課：一、依據氣象預報，颱風暴風半徑於四小時內可能經過之地區，其平均風力可達七級以上或陣風可達十級以上時。二、依據氣象預報或實際觀測，降雨量達附表之各通報權責機關停止上班上課雨量參考基準，且已致災或有致災之虞時。三、風力或降雨量未達前款停止上班及上課基準之地區，因受地形、雨量影響，致交通、水電供應中斷或供應困難，影響通行、上班上課安全或有致災之虞

字：符合下列條件「得」宣布停止上班上課，實務上這個「得」字該如何應用即牽涉了戰略層次的各項考量，也是首長每年最棘手的難題甚至政治危機，多年下來也沒有好的經驗傳承。

事實上，把視角擴及至本章所述之其他類型危機，從文獻之呈現即可發現此一事實，不論我國或各國的危機處理，不論有沒有形式上之危機處理機構例如國家安全會議或內閣會議等，對於實際危機處理的進行，從既有文獻中並看不到有條理，有脈絡可循之跡象。於是以我國為例，如官員的不法行為，或天災後菜價物價的穩定，此類很直接反應於民眾觀感或信任之危機，多年來竟然只能仰賴首長是否有「領導力」、「不徇私護短」或「體恤民情體察民意」來做危機處理，並且後任首長亦無法得到傳承或經驗，至為可惜並可能在每次危機中多耗費不必要的資源。

因此，即使危機的種類性質不同，若能針對危機的處理，盡力發展一套通用且可以減少人的因素影響危機處理成敗，並可以不斷運行之模型，如同緊急醫療一樣，即使人員場域可能變動，但核心的處理精神並不會因為這些變動而南轅北轍，才是現代政府面對層出不窮危機較適當之作法。

第三章、急重症團隊如何處理緊急病患

本章將詳細闡述急重症醫師與其率領的團隊，在其日常工作崗位上，如何從辨認緊急病(傷)患開始，一步一步有系統地對病患做檢傷分類、初次評估與復甦急救、二次評估、詳細的病史詢問與理學檢查、(鑒別)診斷、確切治療計畫等，讀者將可由本章一窺急重症團隊如何使用他們的思維模式與處理流程，來面對一個又一個的緊急病患，也為本論文後面章節做一鋪排，是否能將急重症醫師與團隊的處理緊急病患的思維模型，推導到政府處理危機事件中。

第一節、緊急醫療的特性

我們從美國急診醫學會 (American College of Emergency Physicians, ACEP) 的網站上這一段話，可以得知緊急醫療的定義：

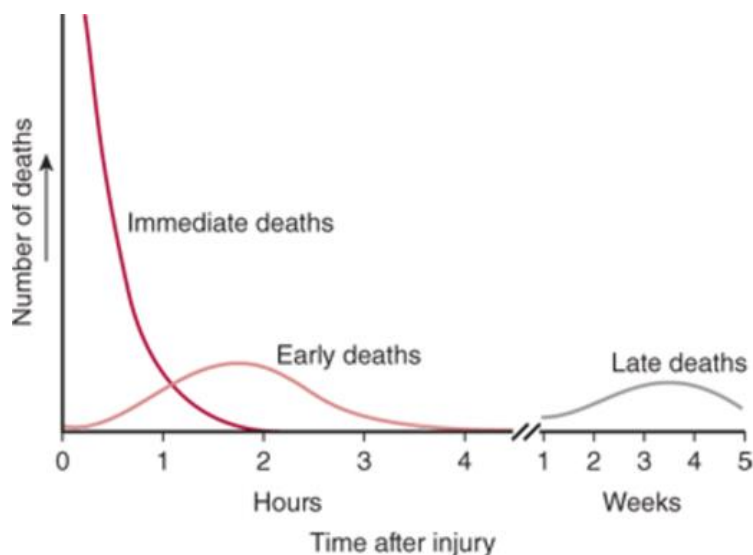
"The practice of emergency medicine includes the initial evaluation, diagnosis, treatment, coordination of care among multiple providers, and disposition of any patient requiring expeditious medical, surgical, or psychiatric care.

緊急醫療的定義包括評估、診斷、成員的團隊合作、使需要緊急內外科或精神照護的病患，有迅速妥善的安置。” (ACEP, 2015)

開宗名義的說，「時間」是緊急醫療最重要的要素。真正嚴重緊急的病患，往往當他出現在急重症醫療團隊的面前時，所有的醫療人員就馬上認知到，這是一場和時間賽跑的競賽。以圖 3-1 為例，這是統計所有發生外傷事故的病患最後死亡的時間點，可以明顯發現絕大部分外傷死亡的病患，集中於外傷事件發生後的頭 2 個小時內 (Doherty, 2015)，意即當急重症團隊接收這樣的嚴重外傷病患，團隊必須在極其有限的時間壓力下，對該名傷患進行一連串的評估與搶救，才有機會阻止死亡的進行。另外一個例子是 A 型主動脈剝離 (Acute type A aortic dissection) 的病患，經長期的統計發現，若未確實的診斷與治療，病患死亡率隨著每個小時將上升 1%，

預期有一半的病人將在三天內死亡。(Criado, 2011)。又例如急性心肌梗塞的病患，致死的原因常是致命性的心律不整或心臟停止，而當這樣的情境發生時，只有幾分鐘的時間讓旁人或醫療團隊儘速進行心肺復甦術 CPR 的急救與去顫電擊，才能避免腦細胞因缺氧而開始死亡。

每一位急重症醫師和他的醫療團隊，其養成訓練與終其一生的職業，事實上都圍繞著這樣的「時間」，他們的工作就是在有限的時間壓力下，將自己的所學專業激盪發揮出來，從時間的手流逝中，搶救一條又一條的生命。



Source: Gerard M. Doherty: Current Diagnosis & Treatment: Surgery, 14th Edition
www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

圖 3-1 外傷病患與死亡時間的關係

資料來源：如圖中所示

第二節、醫院急重症團隊簡介

所有的急重症病患在被送到醫院後，第一個接觸他們，在他們可能是生命最垂危時施予急救的，就是醫院的急重症團隊。

目前在全世界大多數的綜合醫院，都設立急診部門¹⁹，這是一個 24 小時，365 天均不斷運作的，專責第一線處理最嚴重緊急病患的部門，核心成員組成有急診(創傷) 醫師、急診護理師、醫師助理或專科護理師，加上醫院其他相關醫事部門之放射技術師、藥師、醫事檢驗師、社工師²⁰，醫院其他後線科別團隊與病房/加護病房團隊，以及醫療輔助部門如警衛人員、清潔人員、行政人員等等。基本上這些人員都是採 8 小時或 12 小時輪班制度工作²¹，亦即急診部門的同一個工作位置 (例如急診護理師)，不同時間會由不同人來進行相同的工作，而這些人都是急重症團隊的固定成員。

這樣的專責急重症團隊其最大特色，也是每一位成員加入團隊工作時訓練的要求，就是對於急救復甦與急重症醫療，必須具有相同的語言，熟悉相關的急救技術、急救藥物與醫療儀器使用及其他醫療流程等，並需定期或不定期接受考核。此外，由於急重症醫療的特性為不可能單打獨鬥，必須強調團隊合作，才能處理好病患，團隊的合作與溝通，團隊默契的建立，急救後的檢討與經驗傳承，都是急診部門成員必須不斷的學習訓練。目標為不論這個時段團隊的成員組合為何，擔任這項工作的成員，都能和擔任其他工作的成員間，用共同的語言，共同的流程做溝通與

¹⁹ 規模較大的醫院有可能因應不同類型急重症病患而分別設立創傷部門或小兒急診部門，但一般均為綜合性之急診部門。

²⁰ 上述之放射技術師、藥師、醫事檢驗師、社工師等在規模較大的醫院會是派駐專人處理急診病患的醫事藥事等業務，但規模較小的醫院則會合併其他部門如病房與門診的工作。

²¹ 其他後線科別的醫師則可能採值班制度，即 24 小時內所有歸屬該科之後線處置由其負責。

合作，將團隊表現受人的影響降到最低。

第三節、緊急病患的辨識

每日在全世界的大小醫療機構，有無數的病患求診。其中，絕大部分的病患，其實都是屬於輕微的病症或不適，或只是至醫療院所定期的回診拿藥而已。以台灣的醫院急診室為例，有研究指出，非緊急的，意即屬於急診檢傷分級第四級與第五級的病患，佔台灣急診病患的達 51.97%（梁亞文等，2011），依衛生福利部統計 2016 年全國急診就診人次達 1233 萬 3877 人次，等於平均每 100 名台灣人，就有 52.4 人當年曾到急診就診，其中 158 萬人更僅是因為俗稱感冒之急性上呼吸道感染即到急診就診，造成急診的壅塞與醫療資源的不當耗用（黃天如，2018）。

那麼在每天這麼多的，絕大部分都不是真正緊急的病患中，急重症醫師和團隊要如何從中辨識出病況緊急，需要馬上介入處理幫助的病患呢？這是一個艱鉅的挑戰。有一些緊急病患的臨床表現非常明顯，需要被馬上救治，例如意識不清、呼吸心跳停止、大出血、軀幹如胸腹部明顯傷口、肢體明顯變形等，辨認這類病患甚至不需要太多的醫療專業，一般人看一眼即可馬上認知。另外的一些緊急病患則是以異常的生命徵象如呼吸過快或過慢、異常的呼吸型態、心跳過快或過慢、過高或過低的血壓、過低的周邊氧氣濃度等表現，這都可以在一開始的儀器測量生命徵象監測中即被發現，進而接受團隊進一步的處理。

對於急重症醫團隊最大的挑戰，在於剩下的一部分緊急病患，他們的生命徵象一開始量測可能正常，或僅有些微的異常，若單獨以量測到的數字，即率爾判斷其非緊急病患，則會陷入危機，病患可能在就診之後意想不到的時間，發生意想不到的變化。急重症醫師和其率領的醫療團隊，包括護理師或其他醫事人員的重要性與專業即在此時展現，他們多年的專業訓練與臨床經驗，正是被教導如何從這樣監測數字或外觀看起來尚非異常的病患中，透過詢問出一些危險症狀如冒冷汗、胸悶胸

痛、腹痛背痛、神情異常、肢體動作不協調，或是外傷病患被問到的危險外傷機轉如車禍拋飛、同車乘客死亡、及暫時意識喪失、短暫失憶等。加以快速的焦點理學檢查，將這些隱藏的緊急病患找出，這樣的從蛛絲馬跡中找出危急病人的專業，常被急重症醫學界戲稱為「拆炸彈」。²²

簡言之，對於一個腹痛的病患，病患本人可能都自己認為只是吃壞肚子時，如何在很短的時間內做完必要的評估與診療，告訴他他的腹痛的確是腸胃炎，或是需要開刀的盲腸炎，甚至是危險的心肌梗塞等，就是急重症醫師和醫療團隊的價值所在。(周上琳，2017)

²² 這樣的說法可參見 <http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=70440>

第四節、檢傷分級

當辨認出緊急或非緊急的病患以後，下一個重要的動作，是進一步將病患的緊急/嚴重程度加以檢傷分級 (Triage)。檢傷分級的目的在於，即使是再先進的國家，醫療尤其緊急醫療資源，不管是人力設備等，同一個時間都是有限的，不可能無限制滿足同時所有的醫療需求，必須分出接受治療的「順序」與「時效」，讓真正緊急，需要和時間賽跑的病患可以優先得到必要的即時處置，而非需要緊急處理的病患，則需要等待，因他的病情經評估後是容許一段時間的等待。²³簡言之，在醫療資源不可能無窮無盡的時候，病患到急診並不是如同上餐廳或買車票一樣，先到先看，而是經評估為病情緊急、嚴重的病患先看。

台灣的檢傷分級級數 (Taiwan Triage and Acuity Scale, TTAS)與需要再評估的時間如圖 3-2 所示：

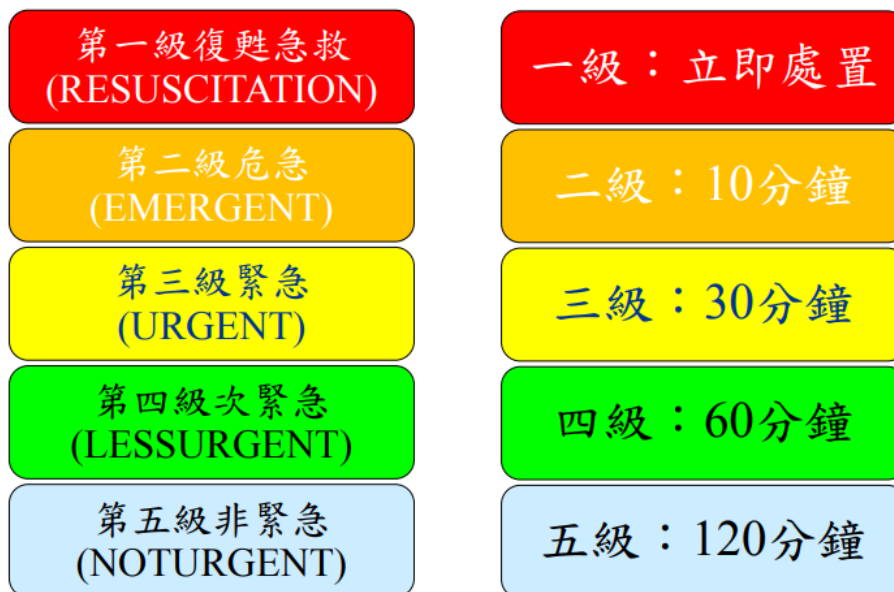


圖 3-2 TTAS 檢傷級數與再評估時間

資料來源：台灣急診醫學會 <http://www.sem.org.tw/tsem../files/boardMsg/00000907.pdf>

台灣檢傷分級的依據以前節提及之生命徵象為基礎，主訴為導向，並結合生理狀況，使用首要與次要調節變數（包括呼吸窘迫 airway + breathing、血行動力

²³ 例如 2015 年八仙樂園粉塵爆炸事件，同一時間有高達近 500 名傷患，遠遠超出區域內緊急醫療原有的能量，因此檢傷分類，對最危急的病患優先急救的重要性就完全凸顯。

circulation、意識程度 disability²⁴、體溫、疼痛程度與外傷病患之高危險性受傷機轉) 決定病患的檢傷級數。(台灣急診醫學會，2012)

檢傷分級是動態的，當病患在任何時間點發生變化，例如原本評估為四級的病患，在等待過程突然失去意識，此時醫療團隊馬上的再評估後，其檢傷分級就可能變成嚴重需要馬上介入的一或二級，當然處理的順位立刻馬上被提前，相反地，若病患因處置穩定下來暫無立即性需處置問題後，檢傷分級也可適度調降，以利醫療團隊重新分派線上處理的順序，處理另外需要緊急處置之病患，雖然現行醫療實務上在病患確切動向前較少如此做。

²⁴ 此處之 ABCD 四項變數，即為後面章節將提及之初次評估與復甦急救之評估要項。

第五節、處理緊急病患的開始：初次評估 (primary survey) 與復甦急救 (resuscitation)

以下第五節與第六節之內容將自高級外傷救命術 (Acute Trauma Life Support, ATLS) 之內容做整理與引申 (American College of Surgeons, 2012)。雖然該書提及的內容是外傷的救命術，然而其處理原則亦通用於非外傷病人，故一併討論之。

當確認了病患是屬於需要馬上處理的緊急病患後，急重症團隊除了必要的基本措施如給予氧氣，接上生命徵象監視儀進行持續性監視，與建立周邊血管輸液給藥之管路外，必須快速的針對病患受疾病或外傷可能影響的幾個最重要項目加以評估，若於各個項目發現重大影響時，必需馬上針對這項影響進行復甦急救的必要措施。簡言之，醫療團隊在這個階段的任務，就是不斷進行發現問題，然後針對該問題急救。

緊急醫療經過長年的發展，不管是疾病或外傷，可能會影響到的幾個人類賴以為生，最重要的，被影響時必須即時決定如何復甦急救的系統項目如下所示，常被稱為急重症的 ABCDE，各項目的內容將於本節做詳述：

- 一、呼吸道 (airway) 與頸椎保護 (c-spine protection, 於外傷病患)
- 二、呼吸 (breathing)
- 三、循環 (circulation) 與止血 (stop bleeding, 於內科或外傷之出血病患)
- 四、意識狀態 (disability)
- 五、暴露 (exposure) 與環境 (environment) 控制

壹、呼吸道 (airway, A)

這五個重要項目中，最為重要，最必須優先評估者為第一項之呼吸道，也是每位急重症醫師，與其他急重症團隊從事這個領域的第一天開始，便會被學長姊耳提面命，無論在任何情境之下，病患的呼吸道必須是第一個，也是最不可漏掉的評估要項。呼吸道依位置分為上呼吸道如鼻咽喉，連接至下呼吸道氣管與支氣管，最後連結到肺部之肺泡。

人類與其他動物要生存，都必須有源源不絕的氧氣，提供到全身各處的器官組織與細胞，若氧氣的供應中斷，則缺氧將在短時間內開始造成身體細胞的死亡進而影響生存²⁵。以陸地動物來說，大氣中的氧氣，經過動物的呼吸道進入肺部，經由呼吸動作在肺泡與細胞使用過的，含氧量低含二氧化碳濃度高的空氣進行氣體的交換，讓含氧量高的新鮮空氣進入肺泡內的微血管，再經由循環系統將氧氣帶到全身的組織。因此，呼吸道可以說是人類要得到氧氣供應的第一道關卡，如果呼吸道因為任何原因阻塞或失效，那麼氧氣的供應勢必中斷，將在幾分鐘內面臨生命危險。這就是為什麼所有對緊急病患的復甦急救，一切都要從處理呼吸道開始，比其他所有的措施都更重要。

當評估病患有呼吸道問題例如阻塞，醫療團隊馬上要施行的復甦急救措施為幫病患重新建立暢通的呼吸道，包含利用頭部擺位打開病患的呼吸道、移除異物及抽吸分泌物或嘔吐物、給予氣管擴張劑、放置暫時性之輔助呼吸道、或是進行氣管內管插管、緊急氣管切開術等。以明確、快速、一次使用一種的方式進行呼吸道的

²⁵ 動物各個組織細胞對於缺氧的容忍程度有差異，以人類來說人的腦細胞只能容忍約 4 分鐘的缺氧，超過 4 分鐘則腦細胞將開始死亡，相反地，人的骨骼肌肉等組織細胞能容忍長達 30-40 分鐘的缺氧狀態，甚至若能在低溫環境下減少細胞的代謝活動，容忍缺氧的狀況更能達到數小時如截肢後的斷肢。

重建，若效果不佳則馬上考慮後備方案的進行。若在人力設備資源不足的狀況下，唯有先確保了呼吸道的暢通，才能繼續進行其他的急救措施。

貳、呼吸 (breathing, B)

在處理完呼吸道的問題後，接下來必需處理的，是呼吸系統的問題。人類的呼吸系統主要是肺臟，新鮮與使用過的空氣在肺泡的微血管內做氣體交換，並藉由呼吸動作，增加或減少胸腔內的壓力，使空氣因壓力差的改變，經由呼吸道流入或流出肺臟。

如果肺臟本身或胸腔空間，因為疾病或外傷的因素引發發炎，或是被外部空氣、血液、或其他分泌液等佔據，使肺泡無法順利擴張，或是任何因素造成的呼吸動作無法順利進行，氣體交換的效率變差，一樣將導致沒有足夠的氧氣可供應到全身的組織細胞，因此在緊急病患的初始評估中，重建呼吸道後，緊接著就必須評估呼吸系統是否受到影響。

若初次評估階段即發現病患有呼吸問題，則需進行立即的復甦急救，包括正壓給氧、置放胸管排除氣胸或積液（血）、拍背排痰等，目標即為保存病患最大的呼吸功能，確保氧氣能順利供應周邊組織。

參、循環與止血 (circulation, C)

身體的組織細胞能夠得到充分氧氣的供應，除了通暢的呼吸道和有效的呼吸外，還要仰賴由心臟與血管組成的循環系統，心臟扮演馬達的角色，帶動血液流動，攜帶氧氣，經由複雜的血管網路送達全身。若是因為疾病或外傷造成心臟本身功能

缺損 (如心臟停止、心肌梗塞、心包膜積水等)，或是血管的缺損而導致出血使血管中的血液流失，一樣會立即造成病患的生命危險，因此在初步評估若發現循環系統有問題，必須馬上加以處理，例如心臟停止，需馬上進行 CPR，心臟衰竭導致血壓降低時須馬上給予強心升壓劑。又例如心律過快或過慢，需給予心律不整藥物或電擊整流術使其恢復正常心跳，若心臟外之心包膜積水 (血) 導致心臟收縮輸張功能受影響時，則需馬上引流。

循環項目需特別提及的是出血與止血。人類的血液約佔體重的 1/13，以 65 公斤的成年人為例，全身血液為 5 公升左右。不論外傷或內科問題 (如腸胃道潰瘍出血)，若總失血量大於 1.5 公升則將造成立即性生命危險。當病患失血的情形發生，急重症團隊除了儘快建立輸液管路，給予輸液輸血補足流失的血液外，無論內出血 (外觀看不到出血) 或外出血 (肉眼可見) 都必須在最短的時間找到出血點並加以止血。止血的方法依出血的形式與部位有直接加壓止血法、止血帶止血法、止血點止血法、注射或燒灼止血法、填塞法、血管綁紮、或直接手術進行全部/部分摘除無法止血器官如脾臟、肝臟、肺藏等，目標非常明確，即停止病患血液的繼續流失，避免失血過多造成生命之危害。

肆、意識狀態 (disability, D)

病患的意識狀態是初次評估時，在前述呼吸道、呼吸、循環評估完後，必須評估的要項。造成病患的意識不清有許多的成因，有可能是前面三要項的問題如呼吸道阻塞，呼吸衰竭、失血休克等造成腦細胞缺氧的臨床表現，也有可能是人類掌管意識的中樞即腦部本身的問題，如腦梗塞、腦出血或因代謝感染藥物中毒等疾患影響意識中樞的正常運作的結果，而病患意識不清本身，更可能進一步造成呼吸道的

阻塞²⁶。因此快速的評估病患意識狀況，是急重症團隊在初次評估時必須做的。在初始評估階段，評估意識狀態透過簡易的評估病患昏迷指數以及測量兩側的瞳孔大小與光反射有否，便可以提供急重症團隊病患意識不清原因的線索。

伍、充分暴露與環境控制 (exposure and environment, E)

在初次評估緊急病患時，病患的全身衣物與配戴物包括假牙、隱形眼鏡等必須被脫除，讓全身充分的暴露，這個動作有助於讓急重症醫師與團隊檢視病患身上是否有原先被衣物覆蓋未發現的傷口、瘀癍、皮疹等病灶。這些必須被找出的病灶，對於病患的正確診斷與處置至關重要，臨床上醫師誤診病患，常常肇因於未徹底的將病患全身暴露尋找可疑病灶。

然而，當病患在空調通常刻意調低的醫院急診室或手術室被脫除衣物，對病患的環境控制與保暖也是在初次評估中必須注意的要項，尤其若是休克的病患，若無適當保暖，失溫將進一步惡化病患的休克狀態使周邊組織進一步缺氧，造成惡性循環。保暖的方法可以給予毛毯、病人袍，或使用烤燈，溫生理食鹽水輸注灌洗等主動或被動回溫方式進行。

陸、初次評估與復甦急救階段的輔助工具

在初次評估與復甦急救時，急重症團隊可以觀察體溫、心跳、呼吸、血壓、周邊氧氣濃度、尿流量等生命徵象，對病患進行連續性的監測，評估病患的狀態是否持續惡化，及此階段進行的復甦急救措施是否奏效。例如對於失血休克病患，若給予大量輸液輸血後可見病患的生命徵象明顯進步如血壓上升且心跳減緩，可以確

²⁶ 因平躺時意識不清患者的舌頭會失去肌肉張力無法支撐，因重力往下往後掉堵住呼吸道，病患同時也失去咳痰排除呼吸道分泌物的神經反射能力

認目前的復甦措施達到一定成效，反之則表示病患的失血仍在持續，必須重新評估是否進行其他的復甦措施如立即開刀止血。

在此階段可以執行一些基本而重要的檢查如胸腔骨盆 X 光，床邊超音波等，協助急重症團隊發現影響上述五要項的重大問題，但必須提醒的是，這些輔助檢查不能阻礙復甦急救措施的進行為原則。

柒、初次評估階段的資訊收集

在初次評估階段，以針對上述五大項的傷害評估，與盡可能迅速的進行復甦搶救措施為主。由於時間的壓力，此階段不可能花太多的時間在詳細的病史詢問與資訊收集，因此急重症醫師與團隊在此階段，除了前面所述例如生命徵象、暴露全身，或是進行基本的輔助檢查外，可以嘗試從各個可能的來源如病患家屬、消防局急救技術員、現場目擊者或員警等，收集關鍵的，為什麼會造成傷病的重要資訊。同樣必須再次強調的，初次評估的階段，針對幾大項要項的復甦搶救為第一優先，資訊的收集應在避免妨礙復甦急救的進行下勉力為之，若因急救而力有未逮，則以急救為先，留待在二次評估時再繼續進行資訊的收集。

捌、檢視是否完成初次評估，與隨時的再評估

進行緊急病患處理常見的一個盲點，就是沒有確實完成初次評估與復甦急救，即進行之後的後續照顧，這樣的疏忽可能造成病患致命的問題並未於第一時間控制，將隨時間的過去而病情惡化，造成醫療團隊的措手不及。因此，初次評估的完成與否，是否能進入下一階段的二次評估，必須嚴謹的被檢視著。

是否完成初次評估必須一一檢視的項目如下：

- 一、是否有確實完成 ABCDE 五大項之評估。
- 二、是否已針對檢視 ABCDE 五大項時發現的每一項問題，分別進行明確的復甦急救措施。
- 三、病患的重要生命徵象是否已經經由復甦急救措施而「正常化」。²⁷

只要有任何一項未達成，那麼代表初次評估未完成，急重症醫師與團隊就必須重複以上的初次評估與復甦急救措施，再一次的從 ABCDE 開始看起，而不是就此離開初次評估去進行下一步驟，如果犯了此錯誤，代表病患接下來可能因為復甦急救措施的未完成，導致病情的變化甚至惡化。

在整個緊急病患的處理流程中，必須要有專人持續的監測病患生命徵象與意識狀態。任何時間點，即使病患已經進入後續的照護流程，只要病患發生變化，生命徵象從正常值再度變為異常，急重症團隊都應立即察覺，並重新回到初次評估，重新檢視 ABCDE 五大要項是否發生變化。

玖、小結

初次評估與復甦急救措施，可以說是緊急病患處理的靈魂與精髓所在，不管看起來再嚴重，甚至令人不知所措該如何切入的複雜嚴重病（傷）患，只要依循著前述的原則做系統性的初次評估，察覺 ABCDE 任何一項要項或多個要項的問題，馬上遵循明確的目標與簡單清楚的步驟，去改正之，若發現這一種復甦急救的措施沒有辦法達到效果，那麼儘快考慮下一種復甦急救措施，並即時監測病患的反應。必須再三強調的是，在這個階段的初次評估與復甦急救措施，並不是在「治癒」病患，而是偏向於找出致命的危害並針對該危害進行「損害控制」，阻斷避免持續性的傷

²⁷ 此處的正常化指如呼吸、心跳、血壓、氧氣濃度等回到正常人應有的數值範圍內。

害，本階段所採取的行動具有單一明確目標例如重建呼吸道或止血等，而真正要「治療」甚至「治癒」病患的確切治療，則會留待當病患的致命危機得到充分的控制，整體狀況穩定後，才會判斷可結束初次評估階段進行下一階段，即下節將介紹之整體性的二次評估。這樣的明確區分處理的階段，先找到致命危機進行損害控制，確認最危急的狀況已初步解除後，再進行全面評估確切治療的嚴格先後順序，筆者認為是急重症病患處理的核心概念，也是本文希望推演至政府危機處理模型的中心思想。

進行復甦急救時，有的急救措施需要不同專業的後線醫療人員支援，進行介入性的治療，如開刀止血、氣球擴張術打通阻塞血管、特定部位出血的血管拴塞止血術等，因為所需技術門檻高，可能不是現場急重症團隊成員可以直接執行，此時則由團隊依需要進行緊急的照會相關專科人員來負責執行之。

急重症醫師與醫療團隊具備的專業與所受的訓練，都是不斷的圍繞著這樣的一個思維模式與處置流程，不斷的精進自己在各個項目不論評估與執行都能做到快、狠、準的目標，而本文的目的，也是思考如何把這樣的訓練，嘗試應用在公共領域的政府危機處理上。

第六節、二次評估 (secondary survey)

如前所述，急重症醫師與團隊必須嚴謹的檢視病患是否已經確實完成了初次評估與復甦急救措施，如果確認了已經評估完成，且病患的各項生命徵象經由復甦急救後回到正常範圍，那麼接下來要進行的，則是針對病患做全面性的二次評估。

首先這個階段必須收集病患的較詳細病史資訊，二次評估至少必須收集到的重要資訊分為以下五項：過敏史 (allergy)、藥物史 (medication)、過去病史 (past medical/surgical history and pregnancy)、最後進食時間 (last meal)²⁸、事件發生詳細經過 (events)，取縮寫為 AMPLE。²⁹資訊的收集對於病患的診斷與鑒別診斷，在此階段非常的重要，提供了病患較完整的圖像，作為接下來處置的重要依據，因此急重症團隊必須努力從各種來源獲取這些資訊並集中條列，尤其有時候一些不起眼的資訊，最後卻能成為診斷與治療的關鍵，端看急重症醫師與團隊的細微觀察能力，這也是經由不斷的訓練與學習才能精進。

接下來，二次評估必須對於病患做完整的理學檢查，理學檢查的原則以一句醫學界的諺語可以完整表達：

“ From Head to Toe, From Finger to Hole ”

意即此階段的理學檢查，務求完整，從頭到腳的詳細評估，對於每一個細節包括身上的孔洞，均需探查，才能找到隱藏的傷害或疾病線索，尤其此階段因為病患的生命徵象已在前面的初次評估中穩定正常下來後，理論上並沒有立即性的風險，因此

²⁸ 此處問最後進食時間的目的於若病患必須接受手術，有助於醫療團對了解病患的空腹時間是否足夠，與麻醉安全有關。

²⁹ 急重症領域，常喜歡將需注意的必要項目依字頭或單字中某個字母的連結，成為有意義的詞，以幫助快速記憶。

更需要鉅細靡遺的檢視病患每一個器官系統是否因此次傷病有受到影響，和前段所述之病史詢問綜合分析，方可得出病患目前的診斷或鑒別診斷，繼而擬定確切的治療計畫。

有許多輔助二次評估的檢查如血液尿液、X光、電腦斷層與其他影像或相關檢查等，是在本階段實施，目的都是藉由這些檢查來找到病患目前受傷病影響的部位，才能據以擬定確切治療計畫。再度重申，在急重症處理時最常見的錯誤，就是初次評估尚未完成，病患仍處於不穩定的狀態，就急於安排許多上述檢查，病患可能在進行這些檢查時發生病情急轉直下導致危險，這是每一個急重症醫療團隊成員都需謹記在心的。

第七節、(鑒別)診斷與確切治療

緊急病患，如果能順利在初次評估與復甦急救後穩定下來，並經過詳細的二次評估後，所獲得的所有資訊通常足以做出對該病患的診斷，或至少有幾項大方向的鑒別診斷，急重症醫師此時必須檢視該診斷何不合理，是否可以涵蓋與解釋病患臨床表現，若不能則需考慮重新評估，是否有遺漏的資訊或檢查。

當診斷或鑒別診斷建立後，急重症團隊下一步就必須針對目前診斷與二次評估時發現的各項問題，提出病患的確切治療計畫，不論是急性期的內科治療、外科手術，或是中長期的復建、心理治療計畫等。當確切治療計畫擬定後，就交由醫院相關後線科別團隊如心血管內外科、腦神經外科、胸腔內外科，或加護病房去執行。此處的治療計畫，仍然必須清楚設定急性期、中期、長期的治療目標與相應的治療方式。在這個階段常見的錯誤發生於把順序混淆，把長期的治療拿到急性期來執行，卻忽略了急性期的治療目標尚未執行或尚未達到預期成效，如此錯誤的順序，是有可能導致病患狀況的再度惡化。

第八節、急重症的醫病溝通與病情告知

緊急病患的疾病或傷害常常發生於無預警的時間，與完全意外的情境，對病患本人與家屬往往帶來驚嚇與措手不及，巨大之心理壓力。由生理學與心裡學眾所皆知的一般適應症候群 (General adaptation syndrome) 之三階段：覺醒期 (Alarm reaction stage)、反抗期 (Resistance stage)、衰竭期 (Exhaustion stage) (Selye, 1946) 或是面對悲傷壓力的五階段：否認 (Denial)、憤怒 (Anger)、討價還價 (Bargaining)、沮喪 (Depression)、接受 (Acceptance) (Elisabeth, 1969)，我們可預測此時的病患家屬或本人³⁰，將處於什麼樣的緊張焦慮狀態。再者，當傷病發生後病患被送入醫院的時間點開始，急重症醫師與團隊即處於高度忙碌的狀態，忙於對病患進行初次評估與復甦急救，或是進行二次評估與確切治療的擬定，分秒必爭，無所懈怠。最後，由於緊急醫療屬於高度專業，醫病之間存在著極度的資訊不對等，更會升高家屬因無法掌握資訊的焦慮，會更急切的希望醫療團隊馬上為其解釋現在的狀況。如此的多重因素相乘之下，醫病間的溝通，一開始就會是一項複雜而且有相當難度的工作。

其實不只在急重症的情境，即使是一般狀況的醫病溝通，也絕對不是一件輕鬆愉快的工作。醫病溝通存在著幾種根本的障礙與差異：一、醫療期待的差異。二、溝通型態的差異。三、醫療處置的理解程度。四、優先順序與信念的差異。五、知覺感受的差異。(潘恆嘉等，2004)

由上所述，急重症的醫病溝通，比起一般狀況的醫病溝通，挑戰更大難度更高。當這個階段的醫病溝通如果不順利，無法讓病家確實明白目前病患的狀況與所接受的醫療處置時，往往會招致病家的不滿甚至引起後續的醫療爭議，因此，對於

³⁰ 但通常在緊急的狀況，病患本人常常已經限於昏迷或無法表達自己的意思狀態，故這個時間點面對的常常是病患家屬。

急重症團隊來說，怎麼在急迫繁忙的急救過程中，還能好好的做好醫病溝通，是在處理病患之外，最具挑戰性的任務。

那麼要如何做好醫病溝通與病情告知，尤其是在急重症情境之下，如何掌握住一些基本原則避免醫病溝通失敗呢？首先，就現有的研究，良好醫病溝通的技巧涵蓋四大主題：好的表達、關注病患、與家屬建立良好關係、團隊運作（李錦虹等，2015），相關的內容可以製作成簡單的架構圖如圖 3-3 與檢核表如表 3-1 所示來提醒醫療團隊，在開始醫病溝通的時候，有沒有確實照著這些原則按部就班進行。在處理急重症病患的情境下，建議團隊可以先以急救優先，請家屬先稍作等待，爭取和家屬接觸前的簡短時間，讓醫療團隊先快速複習一下這些原則後再前去與家屬對談。這樣有明確架構圖與檢核表的好處在於，每一次的醫病溝通，醫療團隊都能確保循著既定的模式，不偏離大原則的去進行溝通的動作，那麼將可以大大的減低溝通失敗的機率。

事實上這樣的溝通技巧不只可運用於醫病溝通，甚至可延伸到不同層面的溝通，包括政府與人民的溝通，如果在進行溝通前都能自我檢核是否做到各分項之要求，相信就能進行一個成功的溝通。

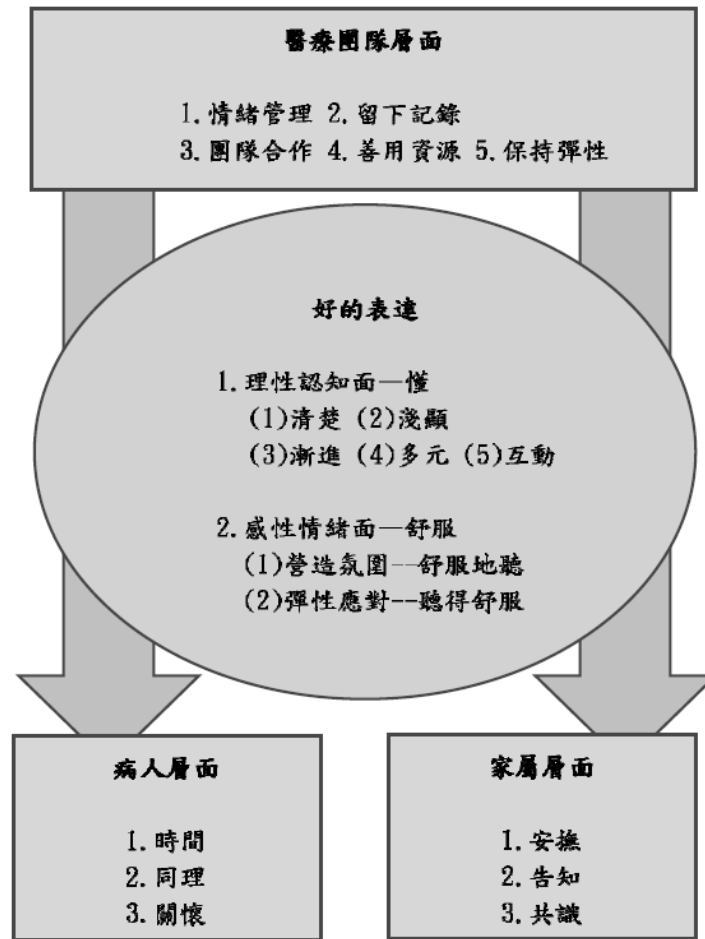


圖 3-3 醫病溝通技巧架構圖

資料來源：李錦虹、邱浩彰、陳亭君（2015）。臨床醫師的醫病溝通技巧之質性分析。台灣醫學，
19(6)，575。

表 3-1 醫病溝通檢核表

面向	溝通技巧	檢核		
		有做到	沒做到	不適用
好的表達				
理性面				
1.清楚	清楚且完整地說明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.淺顯	說明是以病人/家屬容易理解的方式。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.漸進	說明是一步步、漸進的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.多元	兼用語言以外的多元方式來說明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.互動	和病人/家屬有來回的對話，並確認對方是否瞭解。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感性面				
1.營造氛圍	會營造讓病人/家屬舒服自在的談話氛圍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.彈性應對	會依病人/家屬的反應來調整應對方式。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在病人面的努力				
1.時間	花時間傾聽病人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.同理	有嘗試去想像病人的感受。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.關懷	有關心和重視病人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在家屬面的努力				
1.安撫	會安撫和照顧家屬的情緒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.告知	會主動召集家屬進行討論。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.共識	會和家屬建立關係與達成共識。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
醫療團隊面的努力				
1.情緒管理	避免讓情緒影響和病人/家屬的溝通。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.留下記錄	記錄和病人/家屬的討論，輔佐溝通進行。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.團隊合作	諮詢與學習醫療團隊對於溝通的作法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.善用資源	應用其他的人力資源來協助溝通。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.保持彈性	當溝通僵持時，建議病人尋求其他專業意見。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

資料來源：李錦虹、邱浩彰、陳亭君（2015）。臨床醫師的醫病溝通技巧之質性分析。台灣醫學，19(6)，576。

急重症情境下的病情告知，因為時間的壓力，急重症團隊仍必須保留主要的時間給急救本身，為了節省時間但不會因而疏漏應告知的重點，建議採用陳志金醫師發展的 STOP 口訣如圖 3-4，簡短但有條理的告知病患家屬目前的情況與醫療團隊已採取的急救手段，並讓家屬有心理準備病情的可能進展，而不致於仍陷落於對病程無法掌握之恐懼心理。



圖 3-4 病情告知的 STOP 口訣

資料來源：陳志金醫師網頁 <http://snore123.blogspot.tw/2015/04/stop.html>

醫病溝通與病情告知的時機，筆者認為，當已針對病患進行初次評估並開始分別採取復甦急救措施的時候，便是進行第一次正式醫病溝通的最恰當時機³¹。此時溝通應以前段所述簡短但有條理、清楚的原則進行。病家急需知道的病患現況，因已做過初次評估，此時可就初次評估的發現據實以告，盡量不要有保留甚至隱瞞，因為這樣的保留或隱瞞動作若之後曝光，只會讓病家懷疑並對醫療團隊的信任感消失，不僅沒有必要，更完全不利於之後的溝通。在第一次的溝通與病情告知後，醫療團隊可以視復甦急救過程的進行，是否有進展或情況惡化，隨時向病家更新現狀並接受詢問。由於急救的本身是按照明確的流程在進行，對於病家的詢問，團隊此時都理應能掌握全局，有把握的回答。第二次正式醫病溝通的時機，則會落在當完成二次評估與擬定確切治療計畫後，此時醫療團隊已完成從頭到腳的詳細評估，並且有了診斷或鑒別診斷，可以提供給病家的資訊將是完整的包括現況、診斷與治療目標、病患預後的資訊。

³¹ 其實有經驗的團隊要完成一次的初次評估 ABCDE，所花的時間並不會太長。

第九節、隨時的監測再評估

每一個新進或資深的急重症團隊成員，都必須不斷的被提醒強調，在處置病患的任何時刻，即使已經完成二次評估與確切治療計畫的擬定，當病患出發生任何狀況的變化或整體狀況變得不穩定，例如意識的改變或生命徵象的不正常再度出現，則團隊必須立即暫停目前的動作，務必回到初次評估的步驟，從頭檢視 ABCDE 哪個地方可能出問題，並馬上加以復甦急救改正之。

當病患處理到最後階段，病患會被團隊決定其最後動向，例如開刀房、加護病房，或一般病房，或是不幸的急救失敗。在決定病患最後的動向前，團隊成員都必須再次的重新檢視，狀況是否真的完全解除，是否有變必須回到初次評估的程序。

第十節、急救後的總檢討

沒有一位急重症醫師或其團隊成員，生涯能夠保持 100%的急救成功，事實上在培養一位頂尖的急重症醫療人員的過程，常常就是無數的失敗累積而來的最後的成就。為了能讓每次的急救不管是成功或失敗，獲得的經驗都能保存或傳承下去，使不管是參與急救的團隊成員，或是醫療院所其他的成員甚至學生都能從每一次的急救中得到成長，急救後的總檢討有其必要性。

現行醫療機構中常見的急救後總檢討分為兩種形式，一種是床邊的立即檢討 (bedside-briefing)，進行方式為當次急救結束後，由急救團隊領導人，通常為急診科醫師或外傷科醫師，利用臨床工作空檔時間召集急救團隊成員，就剛剛進行的整個急救過程，做一簡短的回顧與檢討，目的是讓參與急救的人員可以趁記憶猶新，立即回饋或得到回饋關於剛剛的急救過程，是否有需要改進，或做得很好的地方。

另一種形式則為比較正式，由醫療科部定期或不定期召開之案例討論會 (Case discussion) 或死亡與罹病討論會 (Morbidity and mortality conference, M&M conference)³²。討論會的參與者除了當初參與急救的成員外，還包括了醫療科部的其他成員，甚至是跨科部的聯合討論會。討論會進行的方式，會由參與當次急救的成員整理病患的基本資料，與依據時間軸呈現的現場情境、病患生命徵象等資訊，加上急重症團隊當時進行的評估與急救作為，以帶領討論會成員回到當下情境之方式，針對當時的評估與處置，做廣泛的討論，並點出其中必須改進或多加注意之處。若牽涉急救中的失誤例如藥物劑量錯誤或檢查判讀錯誤等，則需加上根本原因分析等方式³³

³² M&M conference 通常討論的案例是病患急救失敗，或是急救後殘留重大併發症，或是高度懷疑急救時產生醫療失誤者。

³³ 此部份詳細作法將於第五章建構政府危機處理模型時介紹。

不管是急救結束的立即床邊討論，或是之後召開的病例或死亡罹病討論會，主要的內容都應是檢討系統流程，而不是檢討個人，亦即對事而不對人。這類討論會的內容，國外有明定依法屬於機密 (Gawande, 2002)，更不可以作為若有醫療爭議發生時司法據以追訴的證據，唯有這樣的保障，才能鼓勵參與的團隊成員積極提出急救過程需檢討的事項，否則成員的自然防衛，害怕被追究懲罰的心理，將選擇隱藏真相，那麼完全無助於系統的檢討改善，造成相同或類似的錯誤可能在未來再次發生。除了醫療外，類似的檢討系統可見諸於飛安事故的調查報告，此報告一樣不能作為法律判決的唯一證據³⁴。

既然所有的檢討都是，也只可能在急救之後進行，所謂「事後諸葛」、「馬後砲」的爭議自然無法避免，在參與者已經知道最後結果的狀況下，和急救團隊急救當時並不知道結果的情境，也是存在著資訊不對等的問題。然而，總檢討本身，本來就不可能去改變已經發生的結果，更重要的意義是藉由檢討累積經驗，不管是成功或失敗的經驗，包括本章敘述的現行急救流程，也是醫界經由之前無數的急救案例累積整理討論而成，目的是要讓未來的急救能更加順利，確實遵照流程逐步進行，避免未注意流程的重要性而犯相同的錯誤，這就是為什麼明知是事後諸葛，這樣的檢討仍然必須持續進行的理由。

³⁴依「飛航事件調查法」第五條

飛安會對於飛航事故之調查，旨在避免類似飛航事故之再發生，不以處分或追究責任為目的。飛安會獨立行使職權，有關機關本於其職權所為之調查及處理作業，不得妨礙飛安會之調查作業。

飛安會之調查報告，不得作為有罪判決判斷之唯一依據。

第十一節、本章總結

在本節將再次強調急重症醫師和團隊在處理緊急病患的關鍵重點如下：

- 一、如何從每日為數眾多的病患分辨出亟需立即救治的緊急病患。
- 二、對緊急病患的檢傷分級，決定處理時效與順序。
- 三、初次評估，有條理的評估 ABCDE 五大項目與關鍵資訊的收集。
- 四、復甦急救，目標與方法的簡單明確，不是治癒而是損害控制。
- 五、進入二次評估前的重新檢視。
- 六、二次評估，從頭到腳不遺漏的詳細評估與資訊收集。
- 七、(鑒別)診斷與確切治療的建立。
- 八、任何時間隨時的監測與再評估，若有變化需立即暫停現有行為回到初次評估。
- 九、醫病溝通的重要與技巧。
- 十、急救後的檢討。

急救病患的整個過程，可以整理成如圖 3-5 的簡易流程圖，供團隊參考，確認急救目前已走到流程圖的哪一步驟，自我提醒避免疏漏應該做而尚未做的措施。然而這樣的流程圖中，仍有許多的關卡例如辨認緊急病患，例如決定復甦急救的方法，需憑藉急重症團隊平時扎實的訓練以及豐富的臨床經驗，才能在急救的關鍵決策上走向正確的方向。

這樣的流程若能應用於政府作為危機事件處理的啟示是，簡單明確的流程、清楚的階段定位、嚴格的關鍵節點控管，與共同的語言，若每一次危機處理都能以這樣的方式來嚴謹進行，並從案例中累積經驗與建構正確決策判斷的能力，相信政府危機處理的能力，能夠像急重症團隊處理病患的能力一樣，穩定且能不斷自我成長。

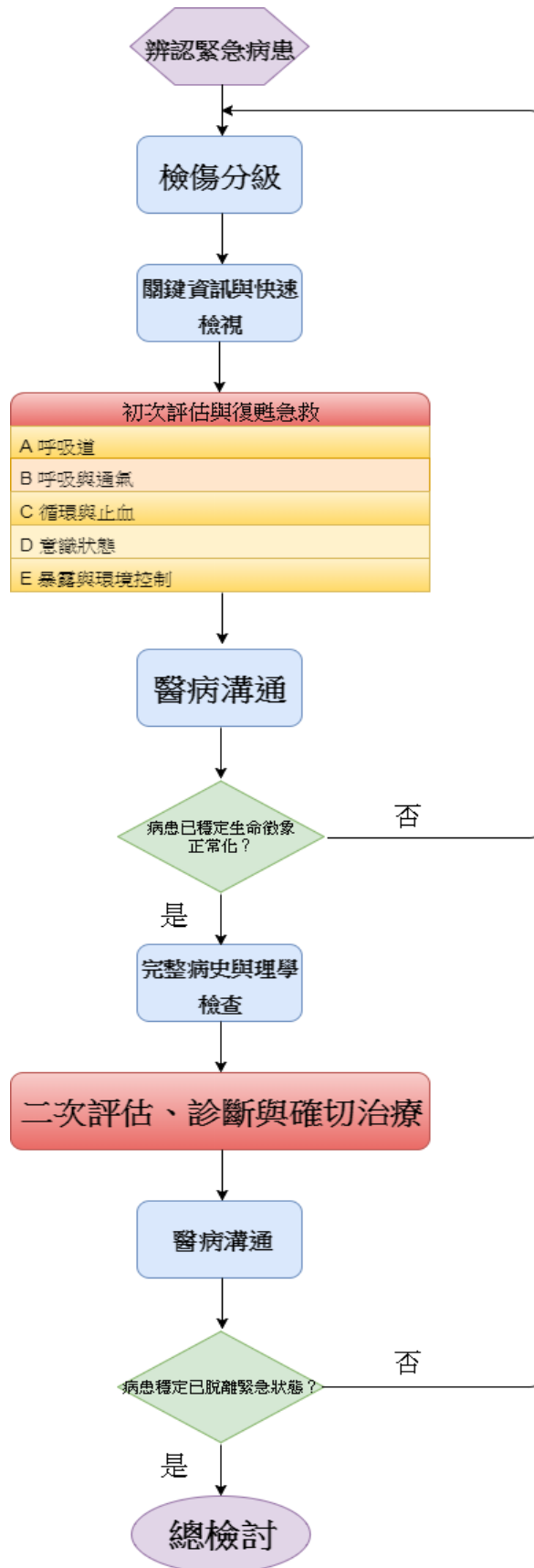


圖 3-5 處理緊急病患流程圖

資料來源：筆者自繪

第四章、研究架構、研究方法與章節安排

第一節、研究架構

本研究將以急重症醫療的角度出發，先闡述既有急重症團隊處理緊急病患時採用的處理模型與思維，繼而利用演繹法與歸納法，嘗試比較並推導出一套政府危機處理模型。對模型的可行性驗證則採取案例分析法，就已發生之我國代表性之政府危機事件，驗證模型是否可行。

本研究的基本架構如圖 4-1 所示，以下各節將簡述本研究欲採用之各項研究方法。

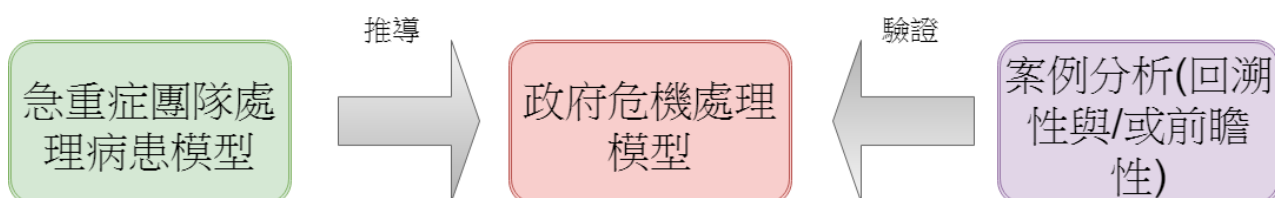


圖 4-1 本研究之研究架構

資料來源：作者自繪

第二節、研究方法

壹、演繹法與歸納法

本研究將嘗試證明以下兩個假設：

- 一、政府發生危機事件，和病患發生緊急傷病需要接受醫療急救的狀況相仿。
- 二、政府常設類似醫院緊急醫療團隊之危機處理小組，其處理政府危機的流程思維和醫療團隊急救緊急病患的流程思維相仿甚至可套用之。

前文所述多年來緊急醫療知識與經驗的不斷發展，已有較成熟，可訓練並可以有效經驗傳承之處理模型，這樣的模型讓急救醫療團隊具備共同的語言，與共通的思維邏輯，雖然仍可能存在個人差異，但大抵依循模型處理緊急病患，不致出現明顯偏離的醫療處置甚至發生致命醫療失誤。

本研究即試圖將現有這套處理緊急病患的模型，如何應用到政府處理危機事件，因此首先將嘗試對人與政府，以及緊急傷病與危機事件兩組主要元素，利用歸納法，找出人與政府，以及緊急傷病與危機事件，兩兩比較彼此相同之特性與相異之所在。如能成功歸納此兩兩比較之元素均為大同小異的時候，再來則將採用演繹法，以急重症醫師處理緊急傷病的「人」的模型，推導出政府的危機處理機構處理政府危機「事件」的模型，以完成本研究最後的目標，證明可以用急重症醫師處理病患的思維出發，建構可行的政府危機處理的模型，讓政府未來處理危機事件，一樣能做到不致出現明顯偏差或錯誤。

貳、案例分析法

經由前述演繹法與歸納法，嘗試推導建立一個新的政府的危機處理模型後，並不代表該模型即能實際有效運作，接下來必須驗證這樣的模型是否可行，因此筆者接著將採用案例分析法，選取近年來我國數個重大且具代表性之政府危機事件，套入模型來做驗證。

選取代表性政府危機事件的原則簡述如下：首先選取的事件盡量以近年內發生者為主，因為網路與新媒體的蓬勃發展，當危機事件發生時，會有為數眾多的資訊隨之揭露並於網路上留下記錄，簡言之就是除了牽涉機密的國防外交事件外，其他的危機事件發展，民眾網友即時掌握的資訊，極可能不亞於，甚至多於政府依傳統方法掌握的資訊。其次本文前述，政府的危機有不同的類型，而本研究所建立的模型期望是通用的模型，而不是只能應用於某種特定類型的危機處理上，因此本研究將選取數個完全不同類型的政府危機事件加以分析。

鑑於若是屬於內容涉及國家機密之危機事件，外界所能得到之資訊量因國家機密保護法的限制必然不及於政府知悉，故此類案例將排除於本研究中。

本研究選定以下數件政府危機事件進行案例分析：

- 一、2009 年莫拉克風災
- 二、2012 年行政院秘書長林益世索賄案
- 三、2013 年陸軍下士洪仲丘死亡事件
- 四、2016 年流感重症疫情失控事件
- 五、2016 年海軍雄風三型飛彈誤射事件與 2017 年大潭電廠供氣操作失誤事件
- 六、2018 年衛福部台北醫院護理之家大火事件

以上事件選定後，筆者將仿照臨床醫學上之死亡與罹病討論會 (Mortality and

Morbidity Conference, M&M conference) 的模式，利用龐大的網路與新聞資訊，將危機事件以重建當時時間軸的事件進行³⁵，並在每一個重要時間點列出相關的資訊，以假想政府危機處理小組成員的身分回到該時間點，套入本研究推導出之危機處理模型，依模型分析政府在該時間點應採取之策略，並和政府實際採取之策略做比較與評論。此方法相同於醫療上 M&M conference 時，參與討論者會提出的問題反思：「在那個時間點，如果這樣做會不會比較好？」

前述的案例分析屬於已發生的回溯性研究 (retrospective study)，然而本研究的模型是否能夠適用於尚未發生的危機事件則仍待後續驗證，因此當本研究結束後，未來期盼政府單位能協助筆者進行進一步之前瞻性研究 (prospective study)，包括依本研究之建議，指定相關人員組成類似議會制國家影子內閣之「影子危機處理小組」，當危機事件發生時或可預見危機將發生時即啟動本小組之運作，運作的模式採災害演習中的桌上型演練 (tabletop exercise) 模式，由影子危機處理小組成員間藉由討論與腦力激盪，嘗試將危機情境套用本模型，以評估現況與建立危機處理策略，並同時比較與現有政府之危機處理模式建立之危機處理策略是否較優。本研究之模型亦希望能於未來之前瞻性研究中做自我審視，是否有需修正改進之處。

參、研究限制

本研究可預見的研究限制有以下兩項：

一、如同以往的危機處理相關研究，在討論危機處理個案時，由於是從現在去分析評論過去發生的危機，不可避免會有所謂「事後諸葛」之爭議，因為分析的時間點已知最後的結果，和事件進行當時，主事者不一定能知道之後情勢發展的狀況

³⁵ 重建時間軸的範例請參考附錄，以 2009 年莫拉克風災為例。

實有不同。然而對於本研究的目的、推導出一個新的危機處理模型後，嘗試用過去發生的案例套入模型驗證不可行的必要性仍然是必須。若過去已發生的危機案例套用模型便已證實不可行，那麼本研究即可謂失敗，無法繼續進行下去。為了彌補事後諸葛的爭議，本研究除採回溯式的案例研究外，期望後續能在政府協助下從事前瞻性研究，若遇到正在發生的危機事件，將同步套入模型中模擬政府可能的決策，並和政府實際的作為做比較驗證並記錄，希望能在未來兼有回溯式 and 前瞻式研究的情形下，讓本研究獲得更高的信度與效度。

二、不論是回溯式或未來若有機會進行之前瞻式案例研究，由於筆者現職並非政府實際負責危機處理的人員，因此在危機事件進行中或回顧過去的危機事件，筆者和政府間資訊的不對等，會是本研究結果可能失真甚至失敗的變數之一，尤其是牽涉許多機密的危機事件如國防、外交、兩岸等，更可能發生筆者分析時採用之資訊，根本是錯誤的，或者只掌握冰山的一角而不是全貌。再者，如果分析時間過久以前的案例，資訊的缺漏以及資訊傳遞的不斷產生誤差，亦可能讓事件的原貌完全扭曲，不利於研究的進行。針對以上限制，本研究的回溯式案例分析將優先排除軍事外交兩岸等危機事件，而選取近年內全國矚目的其他危機事件加以分析，利用現今網路資訊傳遞發達且快速的特性，危機事件進行中即能獲取大量資訊，以盡可能減少資訊不對等之不利研究狀況。

第三節、章節安排

本研究將以如下章節安排，逐步闡述本研究之主軸：

第一章為「緒論」，先破題本研究問題意識與研究動機，並說明本研究即將採行之研究架構與研究方法，最後提出本研究可能之研究限制。

第二章為「文獻分析」，將從政府危機的定義開始，探討傳統政府危機處理理論與實務，與簡介我國與各國現有之危機處理機構與危機處理模式。

第三章為「急重症團隊如何處理緊急病患」，詳細介紹現有急重症團隊如何利用發展出的模型，按部就班的處理各種類型之緊急傷病患，尤其是努力讓非醫療領域讀者了解急重症醫療的內涵，以及為什麼有機會將這樣的內涵推廣至政府的危機處理。

第四章為「緊急病患與政府危機事件的比較」，為本研究之重點所在，本章將系統性整理比較緊急病人和政府危機事件的特性異同之處，期能找出彼此的共同點，即能成功進行下一章的推演。

第五章為「建構政府危機處理的創新模型」，根據前一章分析緊急病人與政府危機事件的特質異同後，本章將建議政府如何以急重症醫療的思維，來建構一個類似急重症醫療團隊之危機處理小組，與危機事件處理模型。

第六章為「案例分析」，列舉我國近年重要且指標性政府危機事件，以類似死亡與罹病討論會 (M&M Conference) 形式重現時間軸，並嘗試套用模型評析政府的

危機處理，驗證模型是否能套用至政府的危機處理。

第七章為「研究結果與政策建議」，整理本研究之研究結果，並做出對政府的政策建議。

參考文獻

壹、中文部分

日本經濟新聞中文版，2018，〈日本遭遇 30 年來最嚴重水災〉，2018/07/10，

<https://zh.cn.nikkei.com/politicsaeconomy/politicsasociety/31279-2018-07-10-09-47-06.html>。

台灣急診醫學會，2012，〈急診五級檢傷分類標準及增修內容〉，急診五級檢傷分類研討會會議內容。

丘昌泰，2010，〈危機與風險管理〉，《公共管理》，臺北：智勝出版社：327-355。

行政院研究發展考核委員會，1991，〈各國危機處理組織及其運作〉，臺北：行政院研究發展考核委員會。

行政院研究發展考核委員會，2009，《風險管理及危機處理作業手冊》，臺北：行政院研究發展考核委員會。

李錦虹、邱浩彰、陳亭君，2015，〈臨床醫師的醫病溝通技巧之質性分析〉，《台灣醫學》，19(6)，569-580。

李鴻源，2014，〈災害防救體系 不能只學美日一半 - 談美國 日本與台灣防災體制〉，余紀忠文教基金會，<http://www.yucc.org.tw/news/domestic/20140911-5>。

林正義，2002，〈美國因應 911 事件的危機處理〉，《戰略與國際研究季刊》，4(1)：108-127。

周上琳，2017，〈全台急診醫師的價值之戰〉，上報，
http://ori.topmedia.com.tw/news_info.php?SerialNo=20259。

邱毅，1998，〈透視危機管裡的內涵〉，《經濟前瞻》，(59)：114-121。

邱毅，1999，《危機管理-二十一世紀新顯學》，臺北：中華徵信。

- 洪秀菊，1999，《危機決策、處理、談判：美伊人質危機個案》，台北：商鼎文化。
- 吳秀光，2007，〈政府危機管理決策機制〉，《T&D 飛訊季刊》，4：20-32。
- 張世澤、張世強，2009，〈論組織再造與國家安全政策的轉變 - 美國國土安全部的建置省思〉，《北臺灣科技學院通識學報》，5：273-290。
- 張台麟，1996，〈法國政府危機處理之決策與運作〉，《問題與研究》，35(2)：78-90。
- 翁興利、方志豪，2008，〈Katrina 颶風對環境不確定性的啟示：論政府的危機管理〉，台中：2008TASPAA 夥伴關係與永續發展國際學術研討會論文。
- 梁亞文、蔡哲宏、陳文意，2011，〈非緊急急診病人特性及其相關因素探討〉，《台灣公共衛生雜誌》，30(5)，505-516。
- 黃天如，2018，〈急診世界奇觀！國人年平均每 2 人進急診 1 次 「這個縣市」幾乎人人都去〉，風傳媒，2018/05/14，<https://www.storm.mg/article/436886>。
- 黃偉修，2012，〈東日本大震災之危機處理：從防災與災害危機處理體系觀察〉，《全球政治評論》，38：45-64。
- 詹中原，2003，《危機管理：個案分析》，臺北市：神州圖書。
- 蔡增家，2013，〈日本通過國家安全保障會議設置法及特定秘密保護法之意涵〉，台北論壇。
- 劉必棟，2003，〈九一一事件後美國危機處理與相關機制運作之研究〉，台北：政治大學外交學系碩士論文。
- 潘恆嘉、蔡甫昌、陳慶餘，2004，〈醫病溝通〉，《當代醫學》，371，753-760。
- 鍾起岱，2008，〈宋團隊省政危機處理機制之研究〉，台北：台灣大學政治學研究所碩士論文。
- 蕭英文、洪文彬、鄭正奇，2010，〈臺北市消防局派員赴英國考察防災體系運作機制報告書〉。

羅雅美，2006，〈美國國家安全會議之研究〉台北：台灣大學政治學研究所學位論文。

蘇進強，2003，〈《國家安全與危機管理機制. 台海安全與國防戰略（下）》〉，台北：新世紀智庫論壇。

蘇顯星，2016，〈重大災害之中央應變中心指揮權限探討〉，立法院法政局議題研析。

貳、西文部分

American College of Emergency Physicians, 2015, " Definition of Emergency medicine" , <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Definition-of-Emergency-Medicine/>

American College of Surgeons, 2012, *ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors (Student Course Manual)*.

Bazerman, M. H., & Watkins, M. 2004. *Predictable surprises: The disasters you should have seen coming, and how to prevent them*. Boston: Harvard Business Press.

Brecher, M. 1977 " Toward a Theory of International Crisis Behavior: A Preliminary Report." *International Studies Quarterly* 21(1): 39-74.

CAPLAN, C. 1964. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

CAPLAN, C. 1974. *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Criado, F. J. 2011. " Aortic Dissection: A 250-Year Perspective" . *Texas Heart Institute Journal*, 38(6), 694 – 700.

Doherty, G. 2015. " Current Diagnosis and Treatment Surgery" .electronic Resource.

The Economist. 2002. "The new Department of Homeland Security - Washington's mega-merger." 2002/11/21. Washington DC. <http://www.economist.com/node/1455184>.

Fink, Steven. 1986. *Crisis Management: Planning for the Inevitable*. NY: Amacom

Gawande, Atul. 2002. *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*. Macmillan. 47 – 74.

Gundel, Stephan. 2005. "Towards a New Typology of Crisis" *Journal of Contingencies and Crisis Management* 13(3): 106-115.

Hans Selye. 1946. " The general adaptation syndrome and the disease of adaptation" , *The*

- Journal of Clinical Endocrinology*, 6(2), 117-230.
- Ian I. Mitroff. 1994. "Crisis Management and Environmentalism: A Natural Fit"
California Management Review 36(2): 101-113
- Ku"bler-Ross, Elisabeth., 1969, *On death and dying*, Macmillan, NY
- Lerbinger, Otto. 1997. *The Crisis Manager: Facing Risk and Responsibility*. Mahwah. NJ:
Lawrence Erlbaum Associates
- Mushkatel, A. H., & Weschler, L. F. 1985. "Emergency management and the
intergovernmental system" *Public Administration Review* 45:49-56.
- Pearson, C., & Mitroff, I. 1993. "From Crisis Prone to Crisis Prepared: A Framework for
Crisis Management" *The Executive* 7(1): 48-59.
- Rosenthal, U. and A. Kouzmin . 1993. "Globalizing an Agenda for Contingencies and
Crisis Management: An Editorial Statement." *Journal of Contingencies and
Crisis Management* 1(1): 1-12.
- Rosenthal, U., & Kouzmin, A. 1997. "Crises and crisis management: Toward
comprehensive government decision making" . *Journal of Public Administration
Research and Theory* 7(2) : 277-304.
- Rosenthal. 2003. "September 11: Public Administration and The Study of Crises and
Crisis Management" *Administration & Society* 35(2): 129-143.

附錄

案例重建時間軸範例：2009 莫拉克風災

日期	時間	事件	政府作為	備註
2009/08/06	08:30		中央氣象局發佈中度颱風莫拉克路上颱風警報 ³⁶ 。	
2009/08/06	14:30		中央氣象局發佈超大豪雨特報 ³⁷ 。	
2009/08/06			馬英九總統與行政院長劉兆玄傍晚先後到中央災害應變中心視察 ³⁸ 。	
2009/08/07			全國停止上班上課 ³⁹ 。	
2009/08/08	上午	屏東林邊茄冬因林邊溪潰堤開始淹水災情。		
2009/08/08	下午		面對南部縣市尤其台東縣和屏東縣多處汪洋，待救訊息不斷透過電視傳遞，行政院長劉兆玄強調自己救災有經驗，要求各部會掌握資訊，已經增派橡皮艇和巡邏兩用裝甲車南下救災，情	

³⁶ 中央氣象局颱風資料庫：

http://rdc28.cwb.gov.tw/TDB/ntdb/pageControl/typhoon?year=2009&num=200908&name=MORAKOT&from_warning=true

³⁷ 維基百科：

[https://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%A2%B1%E9%A2%A8%E8%8E%AB%E6%8B%89%E5%85%8B_\(2009%E5%B9%B4\)](https://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%A2%B1%E9%A2%A8%E8%8E%AB%E6%8B%89%E5%85%8B_(2009%E5%B9%B4))

³⁸ PTT 八卦版精華區

³⁹ 維基百科：<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%85%AB%E5%85%AB%E6%B0%B4%E7%81%BD>

			況會慢慢改善 ⁴⁰ 。	
2009/08/08	20:00		馬英九總統至中央災害應變中心指揮，對於地方批評中央救災不利，馬總統認為是地方要求和實際有差距 ⁴¹ 。	
2009/08/08	22:15	網友彙整所有防災救災資訊，包括建立莫拉克颱風災情資源網、災情地圖、災情網路中心、救援物資集散網頁、災民通報網等，所有資訊集中彙整於 PTT 八卦版 ⁴² 。		
2009/08/09	02:22	網友發起募集救災物資包括礦泉水、乾糧、易開罐、麵包、食鹽等，呼籲寄送或親送至高雄市政府 ⁴³ 。		
2009/08/09	03:02	PTT 成立 Emergency 專版，作為莫拉克颱風的災情回報與緊急資訊交流之用 ⁴⁴ 。		
2009/08/09	06:09	高雄縣甲仙鄉小林村因獻肚山走山，9-18 鄰遭大量土石		

⁴⁰ YAHOO 新聞，轉載自 PTT 八卦版精華區

⁴¹ YAHOO 新聞，轉載自 PTT 八卦版精華區

⁴² PTT 八卦版

⁴³ PTT 高雄版

⁴⁴ PTT Emergency 版

		掩埋，共計 491 人失蹤，後認定為死亡。惟因災區通訊中斷，此訊息於當天傍晚方由逃出居民陸續傳出 ⁴⁵ 。		
2009/08/09			行政院長劉兆玄視察中央災害應變中心，不滿屏東縣長曹啟鴻與內政部長廖了以藉由電視台「空中互call」，被人為是中央地方互踢皮球，以及中央災害應變中心彙整之待救援資料與實際不符，怒批中央災害應變中心應和地方政府建立雙向即時之溝通管道 ⁴⁶ 。	
2009/08/10			總統馬英九至台東勘災，面對災民哭訴為什麼見總統一面那麼難，竟回應「我不知道你要見我，這不是見到了嗎」 ⁴⁷	
2009/08/12			總統馬英九視察屏東災情時表示，921 大地震時已經有十一條緊急命令納入「災害防救法」，不需要再	

⁴⁵ 維基百科：<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%B0%8F%E6%9E%97%E9%87%8C>

蘋果日報：<https://tw.news.appledaily.com/headline/daily/20090810/31850697/>

⁴⁶ 中國時報，轉載自網頁：<http://naoki1019.pixnet.net/blog/post/28979080-%E9%9D%A0call-in%E6%95%91%E7%81%BD-%E9%A6%AC%E5%8A%89%E8%AE%8A%E8%87%89%E8%A6%AA%E7%9D%A3%E8%BB%8D>

⁴⁷ 民視新聞畫面：<https://www.youtube.com/watch?v=sajxKhktMd0>

			發佈緊急命令 ⁴⁸ 。	
2009/08/12			總統馬英九面對英國獨立電視網 ITN 記者詢問對此次風災準備是否該更充分時，以英文回應指稱是災民沒有充分準備、「他們」堅持待在家園、「他們」沒有提早撤離 ⁴⁹ 。	
2009/08/12			美國國務院表示願意協助台灣救災，但外交部發言人表示到目前為止台灣可處理救災，若有需要會聯繫 ⁵⁰ 。	
2009/08/14		媒體爆料外交部 11 日發出公文給外館通令「倘駐在國政府或民間欲提供救援物資或派遣救援團隊，請貴館處予以婉謝」，外交部竟辯稱為承辦人員製作公文時的疏忽 ⁵¹ 。		
2009/08/17			針對政論節目 2100 全民開講節目中國策顧問林火旺稱其友人看見薛香川災難期間至福華飯店聚餐，薛	

⁴⁸ 中央社新聞，轉載自 PTT 八卦版精華區

⁴⁹ 自由時報：<http://news.ltn.com.tw/news/focus/paper/327183>

民視新聞畫面：<https://www.youtube.com/watch?v=ulMgBlyhWjE>

⁵⁰ 中央社新聞，轉載自 PTT 八卦版精華區

⁵¹ 蘋果日報：<https://tw.appledaily.com/headline/daily/20090814/31862561/>

			香川親自 call in 至節目表示自己 8 月 8 日當天和家人過父親節，然而一句「拜託！父親節耶，吃個飯過分嗎？」引起全國嘩然 ⁵² 。	
2009/08/18			馬英九總統親自主持國際記者會，雖鞠躬七秒鐘向國人道歉，但不認為自己決策錯誤，且自認發揮強而有力的領導，被公認為卸責記者會，且記者會中再度說出爭議發言表示「很多人都得到教訓，這個時候我相信配合的程度會比較好」 ⁵³ 。	
2009/08/20		媒體民調總統馬英九滿意度下跌至 16%，行政院長劉兆玄滿意度 13%，對救災的滿意度 16%，不滿意度則高達 65% ⁵⁴ 。		
2009/09/04			馬英九總統在嘉義縣阿里山與災民座談時，對於原住民陳情喊總統救救我們時，竟以戲謔的口吻回應「讓我講完再救你	

⁵² 當天節目側錄畫面：https://www.youtube.com/watch?v=Uhtagqdl_PQ

⁵³ 自由時報：<http://news.ltn.com.tw/news/focus/paper/328380>

TVBS 新聞畫面：<https://www.youtube.com/watch?v=DYjwISBZ-gA>

⁵⁴ TVBS 新聞畫面：<https://www.youtube.com/watch?v=hybGdDco7bs>

			們」，「好！我們現在可以開始救你們了！」讓陳情民眾傻眼 ⁵⁵ 。	
2009/09/07			行政院長劉兆玄於風災一週年記者會宣布已向馬英九總統請辭獲准 ⁵⁶ 。	

⁵⁵ 自由時報：<http://news.ltn.com.tw/news/politics/paper/332795>

⁵⁶ 維基百科：<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%85%AB%E5%85%AB%E6%B0%B4%E7%81%BD>