

裁判字號：臺灣高等法院 100 年醫上字第 10 號民事判決

裁判日期：民國 103 年 08 月 19 日

裁判案由：損害賠償

臺灣高等法院民事判決

100年度醫上字第10號

上訴人 林金生  
林潘金英

共同

訴訟代理人 李宜光律師  
王藹芸律師

被上訴人 袁立仁  
柯秀惠  
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

上一人

法定代理人 陳敏夫

共同

訴訟代理人 張家琦律師  
林鳳秋律師  
黃雅鈴律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國99年12月31日臺灣桃園地方法院97年度醫字第13號第一審判決提起上訴，本院於103年7月22日言詞辯論終結，判決如下：

## 主 文

原判決關於駁回上訴人後開第二項之訴部分，及該部分假執行之聲請，暨訴訟費用之裁判均廢棄。

被上訴人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院應給付上訴人林金生新臺幣貳佰壹拾萬陸仟玖佰玖拾參元，給付上訴人林潘金英新臺幣壹佰玖拾柒萬玖仟零陸拾參元，及均自民國九十七年九月二十六日起，至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息。

其餘上訴駁回。

第一、二審訴訟費用，由被上訴人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院負擔五分之三，餘由上訴人負擔。

本判決所命給付部分，於上訴人林金生以新臺幣柒拾萬貳仟元、上訴人林潘金英以新臺幣陸拾伍萬玖仟元供擔保後得假執行，但被上訴人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院如依序以新臺幣貳佰壹拾萬陸仟玖佰玖拾參元、壹佰玖拾柒萬玖仟零陸拾參元為上訴人林金生、林潘金英預供擔保，得免為假執行。

## 事實及理由

### 壹、程序方面：

(一)本件上訴人起訴及原審判決雖均以被告財團法人長庚紀念醫院為當事人，惟實際上係由長庚醫療財團法人林口長庚紀念

醫院參與訴訟，而訴訟標的之法律關係不變，故本院逕將財團法人長庚紀念醫院，更正為長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院。

(二)被上訴人主張：本院民國102年9月4日筆錄所載，有誤記及漏記，被上訴人依民事訴訟法第216條第2項提出異議，惟本院仍以勘驗現場錄音並無誤記及漏記情形為由，駁回被上訴人補登筆錄之聲請及異議，而當庭作成不予補登筆錄之裁定，故就此提起抗告云云。惟查，本件被害人林雅各係在被上訴人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱林口長庚醫院）治療，而本院於102年9月4日係至馬偕紀念醫院淡水分院觀摩瞭解高壓氧艙操作過程，核與本件無關，且亦未以之作為本件認定事實及形成心證之理由，被上訴人上開主張，純屬誤會，故本院不另為裁定之諭知。

貳、實體方面：

一、本件上訴人主張：上訴人林金生、林潘金英之子林雅各（00年0月00日出生），於91年5月28日在桃園縣大園鄉因不詳原因車禍，致受有右大腿開放性骨折等傷害，經送至桃園市敏盛醫院診視後，因有開放性傷口穿出體外，建議應手術治療，而轉送至被上訴人林口長庚醫院治療。由於林雅各及上訴人夫婦均係耶和見證會之信徒，不同意以輸血方式治療，因此於林雅各血紅素過低時，林口長庚醫院經由醫師評估，建議以高壓氧治療林雅各之傷勢。經被上訴人袁立仁醫師檢視林雅各無氣胸等禁忌條件，由袁立仁及被上訴人柯秀惠護士於91年5月31日為林雅各實施高壓氧治療。詎料，柯秀惠在袁立仁指揮、監督及協助下，為林雅各進行高壓氧治療及準備工作之施行輸氧管插管時，因過失導致林雅各立即全身氣腫死亡，對於袁立仁及柯秀惠等涉嫌業務過失致死案件，臺灣桃園地方法院（下稱桃園地院）檢察署業已提起公訴。經由行政院衛生署（已改制衛生福利部）醫審會（下稱醫審會）鑑定書之鑑定意見詳細分析，可以確認林雅各顯然並非自然死亡，而係因高壓氧治療前準備工作，客觀上在接上高壓氧艙內的內建式呼吸系統（BIBS）時，因：(1)未使用T型管或甦醒器（AMBUBAG）；或(2)在為林雅各接上BIBS管路前，沒有先將供氣系統的氣流量（供氣壓力）調低，或沒有將「排氣閥」打開或未完全打開；或(3)違反醫療常規、原廠安裝規範，接合高壓氧艙相關設備，又對「氣管內管插管而需要人工協助呼吸」之林雅各直接使用BIBS，而未使用安裝步驟簡單、安全性高的「高壓氧艙專用呼吸器」，以致輸入林雅各體內之氧氣，「只進不出」或「進多出少」，因而造成林雅各瞬間支氣管肺泡破裂、皮下氣腫、動脈空氣栓塞而死亡。是林雅各死亡之結果，顯然是由於人為疏失所造成，絕非自然死亡，袁立仁醫師既係統籌、監督、負責對林雅各進行高壓氧治療之主治醫師，又與柯秀惠一同負責連接管路，對於高壓氧醫療行為應使用何種設備、管路如何安裝、以及其

他一切前置準備、治療過程，自應與柯秀惠共同負完全之責任等情，爰依民法第191條之3、第188條第1項、第184條第1項前段、第2項、第224條、第227條、第227條之1，及醫療法第1條、第46條、第63條、第81條規定，求為命被上訴人連帶給付上訴人林金生新臺幣（下同）3,826,178元，連帶給付上訴人林潘金英3,670,655元，及均自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，並願供擔保請准為假執行之宣告（原審為上訴人全部敗訴之判決，上訴人不服，提起上訴）。並減縮上訴聲明：（一）原判決廢棄。（二）被上訴人應連帶給付上訴人林金生3,826,178元，連帶給付上訴人林潘金英3,661,293元，及均自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。（三）願供擔保，請准宣告假執行。

二、被上訴人則以：林雅各死亡事實係發生於00年0月00日，而上訴人遲至97年間才提起民事訴訟，依侵權行為法律關係請求損害賠償，顯已逾2年請求權時效。又醫療契約僅存在於病患與醫院間，上訴人既非系爭醫療契約當事人，其與長庚醫院間並無契約關係存在。又被上訴人當時均依照醫學常規操作，亦符合醫療契約債之本旨，並無過失。且本件病患死因與高壓氧治療無關，係其本身血紅素過低而仍拒絕輸血所致。被上訴人方面於高壓氧治療前，業已善盡告知說明義務，並經包含上訴人林金生在內之家屬同意，而簽署高壓氧治療同意書，上訴人請求被上訴人連帶賠償顯無理由。又上訴人稱支出殯葬費30萬元，卻未有任何單據。另病患林雅各於案發時尚未滿18歲，不負扶養義務，亦未有實際扶養行為，上訴人主張扶養利益顯無相關性與必要性。本件醫療過程均符合債之本旨，上訴人實無因此而受有精神上痛苦之可能，故上訴人請求精神慰撫金，亦屬無據等語，資為抗辯。並答辯聲明：（一）上訴駁回。（二）如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執事項：

（一）林雅各於91年5月28日因不詳原因發生車禍，受有右大腿開放性骨折等傷害，經送桃園市敏盛綜合醫院急診室診視，經醫生建議應手術治療，林雅各之家屬乃將林雅各轉送林口長庚醫院，經骨科醫師診視後，亦建議手術治療，由於林雅各及家屬基於宗教信仰，堅持拒絕輸血，經醫師建議施以高壓氧治療，家屬表示同意，乃由袁立仁進行評估，認為林雅各無諸如氣胸等高壓氧治療之禁忌症，其大腿傷口發炎情形亦屬於高壓氧治療之適應症，林雅各旋於91年5月31日17時許，在袁立仁之監督指示下進行高壓氧治療，並由柯秀惠協助進行推入高壓氧艙前之前置接管作業，惟最後林雅各仍因瀰散性中樞神經及心臟動脈空氣栓塞症而不治死亡。

（二）上訴人林金生於00年間對袁立仁提起業務過失致死刑事告訴，桃園地院檢察署於93年12月19日以92年度偵字第17174號

為不起訴處分，上訴人林金生不服聲請再議，臺灣高等法院檢察署於94年2月18日以94年度上聲議字第384號處分書駁回再議聲請，嗣上訴人林金生向桃園地院聲請交付審判，經桃園地院於95年12月26日以94年度聲判字第6號裁定駁回交付審判之聲請。嗣上訴人林金生再次對袁立仁提起刑事告訴，並於96年8月27日追加將柯秀惠列為共同被告，而桃園地院檢察署於97年11月20日以96年度偵字第26429號起訴書對袁立仁、柯秀惠提起公訴，復經桃園地院於98年12月15日以98年度醫訴字第2號刑事判決判處袁立仁、柯秀惠無罪。嗣經本院99年度醫上訴字第2號將原判決撤銷，改判袁立仁犯業務過失致人於死罪，處有期徒刑8月，減為有期徒刑4月，如易科罰金以銀元300元即900元折算1日。柯秀惠犯業務過失致人於死罪，處有期徒刑8月，減為有期徒刑4月，如易科罰金以銀元300元即900元折算1日。嗣又經最高法院102年度台上字第809號判決將本院判決撤銷，發回本院，尚未審結。

四、茲就兩造之爭點及本院之判斷，分述如下：

- (一)上訴人依侵權行為損害賠償之法律關係請求，是否已罹於2年時效而消滅？
- (二)被上訴人袁立仁、柯秀惠關於契約之履行，是否違反醫療法第63條、第81條之說明告知義務？有無可歸責之事由？
- (三)上訴人依民法第191條之3規定，請求被上訴人負賠償責任，是否有理由？
- (四)被上訴人林口長庚醫院是否應負不完全給付責任？
- (五)上訴人得請求被上訴人林口長庚醫院賠償之金額為若干？

五、上訴人請求被上訴人應負侵權行為損害賠償責任，是否已逾2年之請求權時效？

- (一)按因侵權行為所生之損害賠償請求權，自請求權人知有損害及賠償義務人時起，2年間不行使而消滅；自有侵權行為時起，逾10年者亦同。民法第197條第1項定有明文。再按關於侵權行為損害賠償請求權之消滅時效，應以請求權人實際知悉損害及賠償義務人時起算，非以知悉賠償義務人因侵權行為所構成之犯罪行為經檢察官起訴，或法院判決有罪為準（最高法院72年台上字第738號判例）。是請求權人若實際知悉損害及賠償義務人時，即起算時效，並不以賠償義務人坦承該侵權行為之事實為必要，至該賠償義務人於刑事訴訟中所為之否認或抗辯，或法院依職權所調查之證據，亦僅供法院為判刑論罪之參酌資料而已，不影響請求權人原已知悉之事實（最高法院85年度台上字第2113號判決要旨可參）。
- (二)本件上訴人之子林雅各，於91年5月28日在桃園縣大園鄉因不詳原因車禍，致受有右大腿開放性骨折等傷害，經送至桃園市敏盛醫院診視後，轉送至被上訴人林口長庚醫院治療。由於林雅各及上訴人夫婦均係耶和見證會之信徒，不同意以輸血方式治療，於林雅各血紅素過低時，被上訴人林口長庚醫院經由醫師評估，建議以高壓氧治療林雅各之傷勢，由醫

師即被上訴人袁立仁及護士即被上訴人柯秀惠於91年5月31日為林雅各實施高壓氧治療，詎林雅各當日全身氣腫死亡。上訴人自承是由被上訴人袁立仁及柯秀惠為林雅各實施高壓氧治療，可見上訴人於91年5月31日林雅各死亡時即知悉本件損害賠償之義務人為被上訴人袁立仁及柯秀惠，故上訴人之侵權行為損害賠償請求權2年時效期間，應自91年5月31日起算，上訴人於97年9月18日以民事起訴狀（其上蓋有原審法院收狀日期章）請求被上訴人應負侵權行為損害賠償責任，顯已逾2年之請求權時效，被上訴人以時效消滅為抗辯，應屬可採。

六、被上訴人袁立仁、柯秀惠關於契約之履行，是否違反醫療法第63條、第81條之說明告知義務？有無可歸責之事由？

(一)查林雅各於91年5月28日前往被上訴人林口長庚醫院治療，則解釋當事人之真意，應認為二者之間即成立醫療契約，被上訴人林口長庚醫院因此而負有提供治療程序之主給付義務。而被上訴人袁立仁、柯秀惠就系爭醫療契約之履行，為被上訴人林口長庚醫院之履行輔助人，關於債之履行有過失時，被上訴人林口長庚醫院應與自己之過失，負同一責任（民法第224條參照）。此外基於誠實信用原則，隨著債之關係的發展，為維護債權人即病患之利益，依具體情況令債務人即醫院負擔照顧、通知、保護等附隨義務，以保護病患關於給付以外之法益，不會因醫院之履行債務而受損害。從而在病患可合理期待與信賴之基礎上，且與診療之目的相關之固有利益範圍內，醫院即負有保護病患免於因醫療行為之實施而受有損害之義務。

(二)又按「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限（醫療法第63條第1項參照），其立法本旨係以醫療乃為高度專業及危險之行為，直接涉及病人之身體健康或生命，病人本人或其家屬通常須賴醫師之說明，方得明瞭醫療行為之必要、風險及效果，因此醫師在一般情形下為醫療行為時，應詳細對病人本人或其親屬盡相當之說明義務，經病人或其家屬同意後為之，以保障病人身體自主權；上開醫師應盡之說明義務，除過於專業或細部療法外，至少應包含：①診斷之病名、病況、預後及不接受治療之後果。②建議治療方案及其他可能之替代治療方案暨其利弊。③治療風險、常發生之併發症及副作用暨雖不常發生，但可能發生嚴重後果之風險。④治療之成功率（死亡率）。⑤醫院之設備及醫師之專業能力等事項（最高法院95年度台上字第3476號判決參照）。查，依高壓氧治療同意書記載：「……立同意書人經貴院袁立仁醫師（由醫師親自簽名）詳細說明，已充分瞭解下列事項：(一)施行手術之原因及其必要性。(二)手術之成功率（詳如背頁說明）(三)

手術可能發生之併發症及危險（詳如背頁說明）」，有上訴人所不否認為真正之高壓氧治療同意書1紙在卷可按（見原審卷(二)第79頁），且同意書上立同意書人「林金生」之簽名，上訴人亦不否認為真正，堪信為真實；又行政院衛生署醫事審議委員會第0000000號鑑定報告記載：「……醫師建議家屬施予高壓（HBO, hyperbaric Oxygen）治療。家屬商議後同意……」等語（見原審卷(一)第10頁背面），為上訴人所不爭執，亦堪認定被上訴人方面當時確已善盡告知說明義務，並經病患家屬等同意，可知被上訴人於施行手術前已就醫療行為之必要、風險及效果，對上訴人為相當之說明，經上訴人同意後，上訴人始於治療前簽立高壓氧治療同意書，自己符合醫療法第63條第1項、第81條規定之意旨，故上訴人主張被上訴人於高壓氧治療前，未善盡告知說明義務云云，即無足採。

- (三)又上訴人復主張被上訴人並未告知高壓氧治療會有死亡之風險，若被上訴人有事先告知此風險，則將不會同意進行高壓氧治療云云。按病患之同意，固得阻卻醫師進行侵入性醫療行為之違法性；而病患無瑕疵之同意，則須賴醫師說明義務之完全踐行。惟因醫學非萬能而有其限制，從而基於醫療資源給付有限性、經濟性與病患同意權有效行使之考量，應認為醫師說明義務之內容與範圍有其界限存在，亦即應以符合醫療常規、倫理與適應症為前提，參酌醫療之目的性，按病患之實際需要而定。且病患就醫師已說明部分而為同意接受該醫療給付之決定，若將不會因得知醫師遺漏未說明之資訊而有所改變，則醫師應無說明之必要。經查本件被上訴人主張林雅各於91年5月29日以氣管插管全身麻醉施以骨髓內鎖定鋼釘固定骨折手術完成後，其血紅素由5.1mg/dl持續降低至4mg/dl，並有呼吸困難現象，以及產生脂肪栓塞、瀰散性血管內溶血及敗血症之病況，然林雅各家屬仍堅持拒絕輸血，經插管送加護病房以呼吸器輔助呼吸，並更改處方為強效抗生素，同時施用紅血球生成素治療，惟至91年5月31日，林雅各之血紅素再持續降至3.3mg/dl，右大腿內側傷口有混濁臭味之液體流出等語，且被上訴人袁立仁亦陳稱：「……正常人的血紅素值是在12到15之間，林雅各的血紅素只有三，勢必會影響他的身體機能。」等語（見原審卷(一)第221頁），均為上訴人所不爭執，堪信為真實。顯見林雅各之病情應有立即治療之急迫，惟因上訴人仍拒絕輸血，被上訴人袁立仁乃建議施以高壓氧治療，而被上訴人袁立仁既事先對上訴人說明高壓氧治療之併發症及危險等（詳前述），且上訴人既已簽署上開同意書並知悉上開資訊，主觀上並未感到有何不足之處，亦未要求被上訴人袁立仁進一步說明高壓氧治療死亡風險之機率，而一般手術治療均有可能發生死亡之風險，為眾所周知之事實，且上訴人亦無法說明若不接受高壓氧治療將尋求何種替代之治療方案，從而衡諸常情，上訴人

既因宗教信仰堅決拒絕輸血治療，而林雅各之病情復有急迫性須立即施以治療改善，則上訴人接受高壓氧治療之意願，並不會因為被上訴人袁立仁未告知死亡風險高低而有異，因此應認為被上訴人袁立仁已完全履行其說明義務。次按損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，並二者之間有相當因果關係為其成立要件；所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之後審查，認為在一般情形上，有此環境，有此行為之同一條件，均發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形上，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果並不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係（最高法院30年上字第18號、48年台上481號判例、98年台上字第1953號判決參照），本件被上訴人之死因經法務部法醫研究所鑑定為「因骨折併發脂肪栓塞，而造成瀰漫性血管內凝血症而休克死亡」，經醫審會第0000000號、第0000000號鑑定報告分別鑑定為「瀰漫性中樞神經及心臟動脈空氣栓塞症」及「……本病人死亡之直接原因應與……全身瀰漫性氣體栓塞有關……」，是被上訴人未為死亡風險告知並不會造成林雅各死亡之事實，被上訴人未向上訴人說明高壓氧治療可能發生死亡風險之行為，與林雅各因骨折併發脂肪栓塞或全身瀰漫性氣體栓塞，而造成瀰漫性血管內凝血症而休克死亡之結果，並無相當因果關係，故縱就醫師之告知義務採認較嚴苛之界定，而認醫師就其治療之死亡風險告知部分亦應予告知病患，惟本件被上訴人之風險告知與林雅各之死亡間，既無相當因果關係，上訴人自不得請求被上訴人賠償。

(四)被上訴人袁立仁、柯秀惠債之履行有無可歸責之事由：

- 1.上訴人主張被上訴人柯秀惠於為林雅各進行高壓氧治療時未使用甦醒球及T型管，以致林雅各因瞬間高壓氣流灌入氣管插管，無法宣洩而立即全身氣腫死亡云云。經查，證人杜妙如於偵查中證稱：「（問：請描述標準甦醒球和T型管和蛇型管相關連接方式？）病人插管接著甦醒球，甦醒球接著蛇型管，蛇型管在接T型管，T型管在接另外一個蛇型管，蛇型管再連接到高壓氧艙給氧。」（見原審卷(一)第179頁）；其於原審審理中證稱：「（問：使用甦醒球及T型管的目的或功能為何？）甦醒球是為了提供病人呼吸的功能，而T型管是為了銜接甦醒球跟艙內管路」、「（問：如果假設一個病患在使用氣管內管的情況下，在沒有使用甦醒球及蛇型管，可否直接接高壓艙內流管？）沒有辦法，管子大小不一樣，沒有辦法直接接。氣管內管要接甦醒球才不會掉。當時柯小姐進艙，我沒有進去艙內，但是有看到柯小姐壓甦醒球進艙內。」、「（問：要進入到高壓氧艙那一瞬間，有沒有看到林雅各有裝甦醒球及T型管？）有看到柯小姐壓甦醒球，沒

有注意到後面的管路。」（見原審卷(一)98年8月6日言詞辯論筆錄）。按本件林雅各之致死原因經行政院衛生署醫事審議委員會0000000號鑑定書認定為「(1)本件致死原因之一是大腿骨折引起脂肪栓塞病發DIC，但直接導致死亡應為『瀰漫性中樞神經及心臟動脈空氣栓塞症』。(2)本件死亡之前置因素應為『呼吸道內瞬間高壓所因起的瀰漫性肺泡破裂』。(3)呼吸道內瞬間高壓之發生與高壓氧治療前準備工作時接上BIBS的動作有明顯相關性，而與高壓氧治療本身無關。」（見原審卷(二)第10頁），而由證人杜妙如之上開證詞可知，高壓氧艙內流管與氣管插管二種管子之大小不同，若未透或T型管或蛇型管無法互相接和，則本件參諸上開鑑定書內容，林雅各既因「呼吸道內瞬間高壓所因起的瀰漫性肺泡破裂」致死，是若被上訴人當時未替林雅各裝置甦醒球及T型管，則高壓氧氣流即無法進入林雅各體內，足見被上訴人於為林雅各進行高壓氧治療前置作業工作時確有裝甦醒球及T型管。

- 2.上訴人主張被上訴人袁立仁、柯秀惠於接上BIBS前沒有先將供氧系統的氧氣流量（供氧壓力）調低，導致林雅各支氣管肺泡破裂、皮下氣腫、動脈空氣栓塞而瞬間死亡云云。查證人杜妙如於偵查中證述：「（問：請問當時控制高壓氧艙氣體流量的是誰？）我們事先按照規定開啟高壓氧氣機，並調整為最低流量，病人進入之後是由柯秀惠將病人插管接上艙內的系統，正常流程是我們在艙外先將病人的插管接上甦醒球和T型管，然後把病人推入高壓氧艙，再由艙內護士將病人插管接上BIBS系統管路（高壓氧艙系統管路）。」、「（問：高壓氧艙是誰開啟的，流量是機器一開啟時就自動設定為最低流量還是手動的？）我忘了機器是誰開的，但是我有確認過機器是開啟的，並且有調整到最低流量，流量是要手動調整的。」（見原審卷(一)第181頁背面）；且被上訴人柯秀惠於本案之刑事案件中亦陳述：「（問：在林雅各進入高壓氧中心之前，BIBS本身是否正常有無檢測？）BIBS維持開啟最低流量的狀態……」、「（問：當時流量閥上將BIBS的空氣輸入供給流量控制在多少流量？）20LPM。」、「（問：標準作業流程有無規定流量閥要設定在多少流量？）有的，20-30LPM。」、「（問：這樣的設定是否需要考慮到病人是否接受氣管內管插管與否的不同？）有考慮到，所以20是最低流量，低於20無法開啟。」（見本院98年度醫訴字第2號98年1月16日審判筆錄）；其於原審審理中證述「（問：當時高壓氧艙之內建式呼吸系統（BIBS）是何人所開？開啟時是使用多少流量？）是由艙外人員所負責，杜小姐開的。治療都是依照規範，最低流量是10到20LPM。」、「（問：內建式呼吸系統（BIBS）開啟後，其流量最低或最高，分別是多少？為何需要有此種區別？是否以手動方式在此範圍內調整？是否會因人為操作錯誤，而開啟使用最大的流量？）

開啟就是10，最高印象是到60，因為表通常適用範圍是20到30，最高應該可以到100。這是當初艙體的設計。不會，因為治療就是要維持20到30的範圍，一般來講是不會到40到50。是可以手動調整，但是治療的時候不會超過40以上。」、「（問：當天打開氣體的流量是多少？）當天已經打開，我記得打開的量是10。」、「（問：之後有沒有作調整？）我之後是陪病人進去，所以要問艙外的小姐。」（見原審卷(二)99年12月2日言詞辯論筆錄）；證人杜妙如則證述：「我確認是在安全範圍，就沒有在做調整，安全範圍就是10到20。」（見原審卷(二)第41至49頁），顯見被上訴人於接上BIBS前確有先將供氧系統的氧氣流量（供氧壓力）得啟動BIBS之最低流量範圍運作，故上訴人前開主張，自無足取。

- 3.上訴人復主張被上訴人袁立仁、柯秀惠於接上BIBS前沒有將「排氣閥」打開或未完全打開之操作疏失云云。按行政院衛生署醫事審議委員會第4次鑑定書（編號0000000）鑑定意見認定：「……當病人有氣管內管時，在接上BIBS後，呼吸道就成了封閉系統，不再有空隙可以讓過多的氣體排出，一旦供氧氣流量太大，則極可能造成肺內壓力過高的危險狀況。所以，對於氣管插管的病人，接上BIBS前，必須先將供氧系統的氣流量（供氣壓力）調低，這是重要的操作安全步驟。當然這單一操作問題，可能還不至於造成致死性的嚴重副作用，但是若是加上『面罩排氣閥』未打開或未完全打開的操作疏失，則將會造成支氣管肺泡破裂、皮下氣腫、動脈空氣栓塞等一連串的問題」等語，顯見鑑定報告係以甦醒球有可以開啟之安全閥為前提，方有「排氣閥又未開啟」之用語。惟觀之被上訴人所庭提之甦醒球（照片見上訴人民事陳報四狀被證10至12），甦醒球上並無安全閥，而僅有排氣閥，且該排氣閥並非封閉、密封狀態，僅有一輕薄、可活動之薄膜輕掩，即該薄膜於甦醒球擠壓時即會吹動，且該輕掩之薄膜亦無法固定、封死；且證人杜妙如於偵查中證述：「（問：那如果有甦醒球的話，如果氣體太多的話，甦醒球會有怎樣的反應？）它後面也有個自動排氣槽。」、「（問：甦醒球？）本身有個自動安全排氣槽？」（見原審卷(一)第193頁背面）；被上訴人柯秀惠於原審審理中陳述：「（問：依據衛生署醫審會第4次鑑定意見(一)(2)記載，甦醒球上的安全閥在被『鎖住（lock）』，而喪失功能時，若呼吸道壓力高到『甦醒球壓不下去』，則必然造成肺泡瞬間破裂，對於此種原因及結果你是否知悉？）不知道，我們一般人工呼吸器不可能有人為的鎖住或是其他方式鎖住。」、「（問：甦醒球是否又叫作『人工呼吸器』？）是的。」、「（問：人工呼吸器上是否有所謂的排氣閥，或類似的裝置？）有排氣閥。」、「（問：若有所謂的排氣閥或類似的裝置，是否可以用手動方式將其鎖死或打開？又有無所謂『安全閥』可供開啟或關閉的作用？）沒有。沒有。」（見原審卷(二)99年12月2

日言詞辯論筆錄），足見該排氣閥無法以手動方式將其鎖死或打開，則自無上訴人所主張之未將排氣閥打開或未完全打開之操作疏失，是被上訴人辯稱人工呼吸器（即甦醒球）僅有排氣閥，並無所謂安全閥，且無法以手動方式將其鎖死或打開等語，足堪採信。

4.又上訴人主張被上訴人袁立仁、柯秀惠違反醫療常規、原廠安裝規範，接合高壓氧艙相關設備，又對「氣管內管插管而需要人工協助呼吸」之林雅各直接使用BIBS，而未使用安裝步驟簡單、安全性高的「高壓氧艙專用呼吸器」云云。按醫審會第4次鑑定報告雖認定「對於『氣管內插管而需要人工協助呼吸器』之病人，則不可直接使用BIBS，而必須使用安裝步驟簡單，且安全性高的高壓氧艙專用呼吸器」，惟該鑑定報告並未說明「高壓氣艙專用呼吸器」與本件「人工呼吸器（即甦醒球）」在功能上是否有所不同，且鑑定報告亦肯認「對於因病情需要而自行更改任何管路接合之步驟，則應取得原廠之認可後實施，才有安全保障」、「本件病患是屬於接受氣管插管之患者，無法使用一般高壓氣治療用之氧氣面罩，應使用高壓氣艙專用呼吸器治療，或使用經過原廠認證之接合方式協助病人呼吸……」等語，而被上訴人柯秀惠於原審審理時陳稱：「（問：91年5月31日案發當時，高壓氧艙有無配備使用『高壓氧艙專用呼吸器』？有無對林雅各使用『高壓氧艙專用呼吸器？』是否直接對林雅各使用內建式呼吸系統《BIBS》？）我們是用一般人工呼吸器加上T型管及蛇型管使用，當初購買的使用廠商沒有說要用專用的呼吸器，而且廠商購買的時候也有看過我們的操做狀況，他是認同的。一般使用內管氣管我們都是使用BIBS系統，連接方式同前。」等語（見原審卷(二)41至49頁），衡以高壓氧艙為一專門設備，廠商販售與醫院時，當會操作示範使用方式予醫院之使用者令使用者會操作，堪認被上訴人林口長庚醫院如決定以一般人工呼吸器加上T型管及蛇型管之使用方式取代高壓氧艙專用呼吸器亦應會操作予販售高壓氧艙之廠商了解，獲得其認可，是堪認本案於事發當時被上訴人袁立仁、柯秀惠所使用之管路接合步驟係符合原廠規定。

5.綜上，被上訴人袁立仁、柯秀惠依照醫學常規操作，並無過失，有如前述。則其所提供之治療行為與林雅各之死亡結果間，自亦無相當因果關係可言，故上訴人依民法第227條、第227條之1規定請求被上訴人袁立仁、柯秀惠負債務不履行之損害賠償責任，自無足取。

七、上訴人依民法第191條之3規定，請求被上訴人負賠償責任，是否有理由？

(一)按，醫療行為並非從事製造危險來源之危險事業或活動者，亦非以從事危險事業或活動而獲取利益為主要目的，亦與民法第191條之3之立法理由所例示之工廠排放廢水或廢氣、桶裝瓦斯廠裝填瓦斯、爆竹廠製造爆竹、舉行賽車活動、使用

炸藥開礦、開山或燃放焰火等性質有間，並無民法第191條之3之適用（最高法院96年度台上字第450號判決參照）。

- (二)蓋醫療行為之過程雖具危險性存在，但此項危險乃增進人類身體健康所必要，其目的係為救治人體之疾病，以避免人類因疾病所帶來之危險，依一般社會通念，究屬可容許性之危險，並非從事危險事業或活動者製造危險之來源，亦非以危險事業或活動而獲取利益為主要目的，性質上非屬民法第191條之3的危險事業，亦非該條所定之危險工作或活動，自無該條所定推定過失及推定因果關係責任之適用，且醫療法第82條第2項與民法第191條之3應無普通法或特別法之關係，從而，上訴人依民法第191條之3規定，請求被上訴人負賠償責任，自無理由。

#### 八、被上訴人林口長庚醫院是否應負不完全給付責任？

- (一)按醫療法第73條第1項前段規定：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。」又醫療契約係受有報酬之勞務契約，其性質類似有償之委任關係，依民法第535條後段規定，醫院既應負善良管理人之注意義務，自應依當時醫療水準，對病患履行診斷或治療之義務（最高法院97年度台上字第1000號判決意旨參照）。又在債務不履行，債務人所以應負損害賠償責任，係以有可歸責之事由存在為要件，故債權人苟證明債之關係存在，並因債務人債務不履行而受有損害，即得請求債務人負債務不履行之責任，如債務人主張損害之發生為不可歸責於債務人之事由所致，即應由其負舉證之責，如未能舉證證明，即不能免責（最高法院29年上字第1139號判例參照）。

- (二)上訴人主張：被上訴人林口長庚醫院未使用安裝步驟簡單、安全性高的高壓氧專用呼吸器，以致輸入林雅各體內之氧氣只進不出或進多出少，造成林雅各肺泡因高壓氣體壓力而破裂死亡等語。經查：

- 1.稽諸行政院衛生署101年12月5日衛署醫字第0000000000號函檢附之行政院衛生署醫事審議委員會第00000000號鑑定書略以：「『高壓氧艙專用呼吸器』，與一般『甦醒球』（人工呼吸器）之功能完全不一樣。高壓氧艙專用呼吸器有減壓之功能，無論氧氣之氣源壓力高低，供應病人係一定壓力或容積之氧氣，而且無排氣閥阻塞之問題，不至於造成氣壓傷。甦醒球則無減壓功能，甚至會使一般醫護人員誤以為甦醒球上之安全設計即可保障此一呼吸系統安全。然甦醒球上之安全閥須於擠壓甦醒球時始會開啟；若未進行擠壓動作，無論球內氣壓多高，均無法開啟安全閥。上述問題於一般臨床應用上較不易發生，因臨床所用之氧氣均已經適當減壓，屬於低壓氣流；高壓氧治療需要高壓氣流氧氣，故需特殊操作系統。因此，若醫院之高壓氧艙無配備『高壓氧艙專用呼吸器』，則應轉院治療，不應以一般『甦醒球』代替。」等語(

見本院卷(一)第146頁)。

- 2.經本院函中華民國高壓暨海底醫學會詢問結果略以：「(問：高壓氧艙專用呼吸器是否屬於高壓氧艙門關閉後，高壓氧治療開始進行時，所附設之儀器？)高壓氧艙專用呼吸器是高壓氧艙所附設之設備，其主要應用於病患無法自行呼吸又須接受高壓氧治療時。其使用可於高壓氧艙內或艙外，運用時機可於高壓氧治療前，或於艙內治療中或治療後，不拘限於高壓氧艙門關閉後、高壓氧開始進行時使用。因須滿足能使用於高壓氧艙內(高壓氧環境)，為避免火災爆炸之危險，無法使用制式電源，高壓氧艙專用呼吸器必須使用密閉式電池，且電壓要在12伏特以下。另外為了能適應高壓艙內加壓及減壓時環境壓力之變化，其大都為氣動式控制。故高壓氧艙專用呼吸器設計要求與一般病房使用之呼吸器不同。」、「(問：於高壓氧艙門關閉後、高壓氧治療開始進行時，使用一般人工呼吸器，是否與使用高壓氧艙專用呼吸器可達到一樣之效果？)於高壓氧艙門關閉後、高壓氧治療開始進行時，使用一般人工呼吸器(甦醒球)供給氧氣，是也可以與使用高壓氧艙專用呼吸器達到一樣之效果，唯須視病人狀況且須有專業的高壓氧醫護人員執行較為安全。」、「(問：國內有無任何法規指明進行高壓氧治療時，一定要使用高壓氧艙專用呼吸器？又國內有幾家醫院有高壓氧艙治療？又有幾家醫院具備高壓艙專用呼吸器，目前實務上進行高壓氧治療時，如無使用高壓氧艙專用呼吸器，是否需要轉院治療，亦或使用一般人工呼吸也可達到一樣的效果？)國內目前並無任何法規指明進行高壓氧治療時，一定要使用高壓氧艙專用呼吸器。國內目前大部分之醫學中心(如奇美、榮總、三總等)或區域教學醫院等數十家醫院，均已具備多人高壓氧治療艙或單人艙。但具備有高壓氧艙專用呼吸器者僅有幾家醫學中心(如榮總、三總、奇美、台中榮總等)，大多數醫院並未設置高壓氧艙專用呼吸器。目前實務上進行高壓氧治療時，如病患須緊急高壓氧治療又須同時使用呼吸器時，建議儘可能轉院至有高壓氧艙專用呼吸器之醫院診療；然如病患狀況無法轉院或必須使用一般人工呼吸器(甦醒球)緊急醫療時，須由高壓氧專業醫護人員執行之。」等語(見本院卷(二)第6、7頁)
- 3.又醫院應負善良管理人之注意義務，自應依當時醫療水準，對病患履行治療之義務。林口長庚醫院在安排病人林雅各進行高壓氧治療前，自應考量當時其現有之相關醫療設備，是否確能提供符合當時具合理期待安全性之手術環境。林口長庚醫院當時雖有高壓氧治療艙之設備，卻未配置高壓氧專用呼吸器，而係以非常規高壓氧艙BIBS之使用方式，以一般「甦醒球」(人工呼吸器)代替「高壓氧專用呼吸器」。且當時尚有其他醫學中心，設有高壓氧治療艙，且配置高壓氧專用呼吸器，則林口長庚醫院理應為確保病人手術之安全性，

而將病人轉診較可確保具合理期待安全性醫療設備之醫院來進行系爭手術。而債務不履行應由債務人來舉證證明其損害之發生，係不可歸責於債務人之事由所致。由上開醫審會鑑定書之鑑定結果觀之，尚難認林口長庚醫院已就損害之發生，係不可歸責於其之事由所致，已盡相當之舉證責任。

- 4.林口長庚醫院雖辯稱：被害人林雅各死因已由法醫鑑定為係因骨折併發脂肪栓塞，造成瀰漫性血管內凝血症休克死亡，與高壓氧治療無關，係其本身血紅素過低而仍拒絕輸血所致云云。惟查林口醫院既同意對林雅各施行高壓氧治療，即不能以被害人拒絕輸血執此抗辯，又林雅各因車禍，受有右大腿開放性骨折等傷害，經送至桃園市敏盛醫院診視後，因有開放性傷口穿出體外，建議應手術治療，而於91年5月31日17時許施行輸氧管插管時，始發生立即全身氣腫死亡，顯見林口長庚醫院提供之以一般「甦醒球」（人工呼吸器）代替「高壓氧專用呼吸器」，未發揮應有之功能，導致林雅各死亡。是林口長庚醫院此部分辯解，亦無可採。

- (三)綜上，本件既無證據足資證明袁立仁、柯秀惠未依常規操作而有過失，而又非被害人林雅各本身因素所致。林口長庚醫院當時雖有高壓氧治療艙之設備，卻未配置高壓氧專用呼吸器，而僅係以非常規高壓氧艙BIBS之使用方式，以一般「甦醒球」（人工呼吸器）代替「高壓氧專用呼吸器」，足見林口長庚醫院未能提供符合當時具合理期待安全性之手術環境，而所提供之以一般「甦醒球」（人工呼吸器）代替「高壓氧專用呼吸器」，又未發揮應有之功能，因而造成林雅各瞬間支氣管肺泡破裂、皮下氣腫、動脈空氣栓塞而死亡。林口長庚醫院之醫療給付，欠缺善良管理人之注意，未履行以完全滿足之醫療給付，顯有未依債之本旨而為給付，乃不完全給付，而有可歸責於林口長庚醫院之事由，使林雅各發生死亡之結果，人格權受有侵害，故上訴人主張林口長庚醫院應依民法第226條、第227條及第227條之1之規定負損害賠償責任，即為有理由。

#### 九、上訴人得請求被上訴人林口長庚醫院賠償之金額為若干？

- (一)按不法侵害他人致死者，對於支出殯葬費之人，亦應負損害賠償責任。被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人對於該第三人亦應負損害賠償責任。不法侵害他人致死者，被害人之父、母，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。觀之民法第192條、第194條之規定自明。又債務人因債務不履行，致債權人之人格權受侵害者，準用第192條至第195條及第197條之規定，負損害賠償責任。民法第227條之1亦定有明文。茲就上訴人得請求賠償之金額，分述如下：

##### 1.喪葬費用：

按殯葬費為收殮及埋葬費用，其賠償範圍仍應以實際支出之費用，並斟酌被害人當地之習俗、被害人身分、地位及生前

經濟狀況決定之。惟當事人已證明受有損害而不能證明其數額或證明顯有重大困難者，法院應審酌一切情況，依所得心證定其數額（民事訴訟法第222條第2項參照）。上訴人林金生主張為死者林雅各支出殯葬費30萬元，雖未能提出單據，惟本院參酌臺灣殯葬資訊網、桃園市立殯葬管理所收費標準，一般而言，火化價格都在15萬元至20萬元之間（見本院卷(三)第57頁），本院參酌被害人林雅各（00年0月00日生），於91年5月28日發生本件事故時，年17歲，為上訴人之長子，有戶籍謄本可稽（見本院卷(三)第124頁），認以20萬元為適當，上訴人林金生請求20萬元，應予准許，逾此部分為無理由。

## 2.扶養費：

按被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人對於該第三人亦應負損害賠償責任；直系血親、配偶相互間均互負扶養義務；扶養之程度，應接受扶養權利者之需要，與負扶養義務者之經濟能力及身分定之，觀之民法第192條第2項、第1114條第1款、第1116條之1規定自明。經查，上訴人林金生、林潘金英分別為被害人林雅各之父、母，雙方互負扶養義務，且上訴人林金生、林潘金英皆已退休，已無任何收入來源，不能維持生活。惟因本件被害人林雅各於案發時年17歲，尚未成年，不負扶養義務。本院斟酌上訴人受扶養之需要，認被害人成年時扶養尊親屬每人每年以74,000元為適當；另上訴人互負扶養義務外，尚有一女林詩媛（00年0月00日生），亦負有扶養義務，故被害人林雅各自成年時起對於上訴人林金生、林潘金英應負擔3分之1扶養義務，上訴人得請求扶養費如下：

- (1)上訴人林金生部分：查上訴人林金生在被害人林雅各成年時年齡為54歲（00年00月00日生），按內政部統計處93年臺灣地區男性簡易生命表資料所示，其平均餘命尚餘25.16年，即上訴人林金生得受扶養年限為25年（即25.16年四捨五入）。依霍夫曼計算法其得請求之扶養金額為406,993元〔計算式：〔（74,000×16.00000000）÷3＝406,993〕〕。
- (2)上訴人林潘金英部分：查上訴人林潘金英在被害人林雅各成年時年齡為51歲（00年0月0日生），按內政部統計處93年臺灣地區女性簡易生命表資料所示，其平均餘命尚餘31.80年，即上訴人林潘金英得受扶養年限為32年（即31.80年四捨五入）。依霍夫曼式計算其得請求之扶養金額為479,063元〔計算式：〔（74,000×19.00000000）÷3＝479,063〕〕。

## 3.精神慰撫金：

按慰撫金之賠償須以人格權遭遇侵害，使精神上受有痛苦為必要，其核給之標準固與財產上損害之計算不同，然非不可斟酌雙方身分資力與加害程度，及其他各種情形核定相當之數額（最高法院51年台上字第223號判例參照）。查上訴人林金生、林潘金英分別是被害人林雅各之父、母，突遭喪子

之痛，精神上的打擊甚鉅。又上訴人林金生為高職畢業，曾擔任營造業工程師、測量工程師及工地主任，每月薪資約9萬元，98年間退休；上訴人林潘金英為初中畢業，曾任公司之作業線上班長，每月薪資約4萬元，現已退休；已據上訴人陳明在卷，並為被上訴人所不爭執；而長庚醫院營運甚佳，亦為一般所周知之事實。本院審酌上訴人身分、地位及與林口長庚醫院經濟狀況，並上訴人所受痛苦之程度，認上訴人林金生、林潘金英請求精神慰撫金各以150萬元為適當，逾此部分請求為無理由。

(二)綜上，上訴人林金生請求喪葬費用、扶養費、精神慰撫金計2,106,993元（ $200,000+406,993+1,500,000=2,106,993$ ），上訴人林潘金英請求扶養費、慰撫金計1,979,063元（ $479,063+1,500,000=1,979,063$ ），逾此部分之請求，不予准許。

□、綜上所述，上訴人依民法第227條、第227條之1之規定，請求被上訴人林口長庚醫院給付上訴人林金生2,106,993元，給付上訴人林潘金英1,979,063元，及均自起訴狀繕本送達翌日即97年9月26日起，至清償日止，按週年利率5%計算之利息部分，為有理由，應予准許；逾此部分之請求，為無理由，不應准許。從而原審就上開應准許部分，為上訴人敗訴之判決，尚有未洽，上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為有理由，爰由本院廢棄改判如主文第二項所示。至於上訴人之請求不應准許部分，原審為上訴人敗訴之判決，並駁回其假執行之聲請，經核並無不合，上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回此部分之上訴。又上訴人勝訴部分，上訴人與林口長庚醫院均陳明願供擔保宣告准、免假執行，經核均無不合，爰分別酌定相當擔保金額准許之。

□、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

□、據上論結，本件上訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第450條、第449條第1項、第79條、第85條第1項前段、第463條、第390條第2項、第392條第2項，判決如主文。

中 華 民 國 103 年 8 月 19 日  
民事第六庭

審判長法 官 蔡烱燉  
法 官 黃莉雲  
法 官 曾錦昌

正本係照原本作成。

上訴人、被上訴人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提理由書狀（均須按他造當事人之人數附繕本）上訴時應提出委任律師或具有律師資

格之人之委任狀；委任有律師資格者，另應附具律師資格證書及釋明委任人與受任人有民事訴訟法第466條之1第1項但書或第2項（詳附註）所定關係之釋明文書影本。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中 華 民 國 103 年 8 月 22 日  
書記官 陳佳伶

附註：

民事訴訟法第466條之1（第1項、第2項）：

對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人。但上訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並經法院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

---

資料來源：司法院法學資料檢索系統