

臺灣高等法院花蓮分院民事判決

111年度醫上字第1號

上訴人 莊婷喻

被上訴人 羅亦琛

臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院

法定代理人 莊永鑣

共 同

訴訟代理人 籃健銘律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，上訴人對於中華民國111年1月21日臺灣花蓮地方法院110年度醫字第1號第一審判決提起上訴，本院於113年12月31日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

壹、程序部分：

查本件被上訴人臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院（下稱門諾醫院）之法定代理人原為吳鏘亮，惟於本院審理期間，已變更為莊永鑣，有被上訴人門諾醫院所提出之醫療機構開業執照在卷可稽（本院卷第385頁），並由莊永鑣具狀聲明承受訴訟（本院卷第381至382頁），應予准許。

貳、實體部分：

一、上訴人主張：

（一）被上訴人羅亦琛（下逕稱其姓名）為被上訴人門諾醫院○○○○，為從事醫療業務之人，自民國108年1月1日起至108年1月15日止，為上訴人莊婷喻（下稱上訴人）從事醫療業務行為時，未盡注意義務適切掌握上訴人病況（主訴病因

為右腳腳底水泡破皮），期間僅以施打針劑、藥物治療，於108年1月7日始進行清創手術，術後無任何其他積極醫療作為，僅施打點滴、服用藥物及施打退燒針，羅亦琛對於上訴人右腳紅腫、疼痛狀況日趨惡化乙事，視若無睹，未因應病情及早使用強效抗生素。又WBC（白血球數）、CRP（C反應蛋白）均為細菌感染項指標，依衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）之鑑定意見記載，上訴人於108年1月8日因血液檢查中感染相關指數持續偏高，故醫師更改給予強效抗生素，而此時距108年1月1日檢驗WBC、CRP，已相隔7日之久，中間未進行檢驗，如羅亦琛在108年1月2日至7日之間，增加檢驗WBC、CRP之次數，應可提早發現感染相關指數持數偏高，提早給予強效抗生素；況選擇抗生素的方式，是先作細菌培養，再針對細菌培養結果選擇最有效之抗生素，本案僅在108年1月1日上訴人住院當日作細菌培養，致無法即時改用最有效之抗生素。

(二)上訴人因病情未獲改善，遂於108年1月15日主動要求轉至花蓮慈濟醫院治療，惟上訴人之足部潰瘍合併感染，而有右足壞死性筋膜炎，嗣於108年1月23日進行右腳截肢手術，108年2月3日出院、108年5月2日開始使用膝下義肢輔助步行，而受有下列損害：

1. 醫療費：上訴人因此住院治療，共支出醫療費用新臺幣（下同）約10,000元。
2. 無法工作之損害：上訴人於108年5月2日開始使用膝下義肢輔助步行，使用義肢前3個月為無法工作之休養期間，以108年之基本工資23,100元作為計算，受有無法工作之損害為69,300元（計算式：23,100元×3=69,300元）。
3. 減少勞動能力之損害：上訴人係00年0月00日出生，其右側膝下截肢，勞動能力減少以30%計算，再分別依108年至110年之基本工資計算108年5月至115年3月14日上訴人退休為止，並依霍夫曼計算法扣除中間利息，請求減少勞動能力之損害合計為537,998元。

01 4. 精神慰撫金：上訴人受有前開傷害而請求精神慰撫金1,500,
02 000元。

03 5. 上揭金額合計2,117,298元（計算式：10,000元+69,300元
04 +537,998元+1,500,000元=2,117,298元），僅請求賠償
05 2,110,000元。

06 (三)羅亦琛受僱於門諾醫院，因執行職務，不法侵害上訴人之身
07 體權，上訴人自得依民法第184條第1項前段、第188條第1
08 項、第193條第1項及第195條或第224條、第227條及第227條
09 之1前段之規定，擇一請求被上訴人連帶負損害賠償責任等
10 語。

11 (四)並為上訴聲明：1. 原判決廢棄。2. 被上訴人應連帶給付上訴
12 人211萬元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按
13 年利率百分之5計算之利息。

14 二、被上訴人則以：

15 (一)上訴人於108年1月1日至門諾醫院急診就醫，由值班○○○
16 ○羅亦琛為其○○醫生並收治住院，因考量上訴人糖尿病
17 史、曾截肢及右足底開放性傷口癒合不良等病況，即採取每
18 日投以抗生素、注射胰島素控制血糖、清理傷口換藥、密切
19 觀察，並進行細菌培養等醫療行為。惟上訴人為糖尿病患者
20 者，於十多年前曾因類似併發症而接受左足大腳趾及第二指
21 截肢手術截肢，其本身之血糖控制不佳，易導致血管病變及
22 傷口癒合能力低下；且因上訴人間斷性發燒、右足疼痛及傷
23 口癒合情況並未減緩，故於108年1月7日進行清創手術，後
24 續因上訴人之病情發展更換更為強效之抗生素治療，基此，
25 上訴人此次罹患足部潰瘍合併感染導致其右下肢截肢之結
26 果，經羅亦琛前開符合醫療常規之治療仍未獲改善，實與羅
27 亦琛之醫療處置並無相當因果關係，是羅亦琛之醫療行為均
28 符合醫療常規，並無過失。

29 (二)又上訴人曾對羅亦琛提起過失致重傷害罪告訴，業經多次偵
30 查程序，並委請醫審會進行二次鑑定，然偵查程序及二次鑑
31 定意見均認為羅亦琛對上訴人所為之醫療處置、治療及照護

01 已盡醫療上注意，並無不符合醫療常規或有醫療疏失之情
02 事，亦認上訴人之右腳截肢結果與羅亦琛之醫療行為並無因
03 果關係，此有臺灣花蓮地方檢察署（下稱花蓮地檢署）108
04 年度醫偵字第20號、109年度醫偵續字第1號不起訴處分書、
05 臺灣高等檢察署花蓮檢察分署（下稱花蓮高分檢）110年度
06 上聲議字第301號處分書及醫審會第0000000號鑑定書（下稱
07 第1次鑑定意見）、醫審會第0000000號鑑定書（下稱第2次
08 鑑定意見）在卷可佐。

09 (三)倘上訴人主張羅亦琛之醫療行為致其右下肢截肢結果而得請
10 求勞動能力減損之損害（假設語），細觀上訴人援引之判
11 決，該等背景事實均與本案相異，且另案當事人及本案上訴
12 人之過往病史、職業史、年齡相異，無從比附援引，準此，
13 上訴人亦未舉證其勞動能力減損比例及損失之數額，亦未提
14 出相關事證說明慰撫金請求數額之合理性，逕而請求被上訴
15 人應連帶給付211萬元，洵屬無據等語置辯。

16 (四)並為答辯聲明：上訴駁回。

17 三、得心證之理由：

18 (一)主張侵權行為之損害賠償請求權存在者，應先就有責原因之
19 事實存在、有損害之發生及二者間有相當因果關係存在等成
20 立要件，負其舉證之責任，如未能舉證上開要件成立，即不
21 得謂其請求權存在。又醫療行為在本質上通常伴隨高度之危
22 險性、裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行為過程中是否
23 有故意或過失即注意義務之違反，必須斟酌該醫療領域當時
24 當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫
25 切情狀，暨醫師就具體個案之專業裁量、病患之特異體質等
26 因素而為綜合之判斷，且因醫療行為有其特殊性，醫師所採
27 之藥方或治療方式以事前評估雖係屬於適當之選擇，但並無
28 法保證一定能改善病情，故容許不確定風險之存在，不能逕
29 依醫療之結果不如預期、不成功或有後遺症、感染之發生，
30 逕以論斷醫療行為違反注意義務（最高法院112年度台上字第
31 31號判決意旨參照）。

01 (二)羅亦琛前經3次偵查(包含花蓮高分檢駁回再議程序)、2次鑑
02 定，均認其對上訴人所為之醫療處置、治療、照護已盡到醫
03 療上之注意，並無不符合醫療常規或有醫療疏失，且上訴人
04 之右腳截肢結果與羅亦琛之醫療行為，並無因果關係：

05 1.上訴人前以羅亦琛涉有過失致重傷害為由提起刑事告訴，經
06 花蓮地檢署檢察官以108年度醫偵字第20號偵查，並委託醫
07 審會鑑定下列事項：「(一)羅亦琛自108年1月1日起至同年月1
08 5日期間，為上訴人從事醫療業務行為時，是否有先確診上
09 訴人的症狀？羅亦琛對上訴人僅以施打針劑、藥物治療，於
10 108年1月7日始進行清創手術，醫師所為處置、治療、照
11 護，是否符合醫療常規？有無醫療上疏失之處？(二)羅亦琛於
12 108年1月7日對上訴人進行清創手術後，期間僅對上訴人施
13 打點滴、退燒針及服用藥物，上訴人右腳紅腫、疼痛狀況日
14 趨惡化，致上訴人於108年1月23日進行右腳截肢手術，醫師
15 所為處置、治療、照護，是否符合醫療常規？上訴人右腳截
16 肢結果與羅亦琛之醫療行為有無相當因果關係？羅亦琛之處
17 置、治療、照護，有無醫療上疏失之處？」，經醫審會以
18 「第1次鑑定意見」回覆以：「(一)108年1月1日病人住院，羅
19 亦琛診斷為右足底開放性傷口癒合不良、糖尿病，醫囑給予
20 靜脈滴注廣效抗生素(每12小時1次)、注射胰島素以控制血
21 糖，並每日監測空腹指尖血糖(1天4次)及每日右足底潰瘍傷
22 口換藥治療。1月5日病人之血液細菌培養結果為陰性，傷口
23 細菌培養結果呈現為三種細菌之混合感染，包括雷特格氏變
24 形桿菌、B型鏈球菌及大腸桿菌等三種細菌，針對細菌培養
25 結果更改抗生素為levofloxacin 750 mg IV drip qd(每天1
26 次)治療。依病程紀錄及護理紀錄記載，因病人間斷性發
27 燒、右足疼痛及傷口癒合狀況未見改善，遂於1月7日進行右
28 足底傷口之清創手術，依手術紀錄記載病人右足底傷口深至
29 筋膜，深部並有多量膿液累積，1月8日因病人之血液檢查中
30 感染相關指標持續偏高，故羅亦琛更改給予強效抗生素tige
31 cycline 50 mg IV drip q12h(每12小時1次)，依護理紀

錄，記載病人仍有間斷性發燒情形。依病程紀錄，1月14日病人之血液檢查結果感染相關指數，及持續有右足紅腫狀及傷口潰瘍化膿，羅亦琛建議病人轉至醫學中心(花蓮慈濟醫院)繼續治療。綜上，羅亦琛之治療及照護等處置，符合醫療常規，並無醫療上疏失之處。(二)108年1月7日羅亦琛為上訴人施行清創手術，並持續傷口換藥治療，1月8日上訴人之血液檢查結果呈現感染相關指標升高，表示感染控制不良，羅亦琛亦更換更強效抗生素治療，因上訴人持續有右足紅腫狀及傷口潰瘍化膿，羅亦琛建議上訴人轉至醫學中心(花蓮慈濟醫院)繼續治療，故其處置符合醫理，亦無違反醫療常規。糖尿病的病人罹患足部潰瘍合併感染，本就有極高之機率演變為截肢的結果，本案上訴人亦曾於十多年前因類似併發症接受左足大腳趾及第二趾截肢手術。此次於門諾醫院接受治療，病況未獲改善，導致其右下肢截肢之結果，應與上訴人糖尿病併發症之嚴重程度、糖尿病血管病變程度及長年糖尿病導致免疫力及組織癒合能力低下有關，故羅亦琛之治療行為，與上訴人右下肢截肢之結果並無因果關係。綜上，羅亦琛之治療及照護處置符合醫療常規，並無醫療上疏失之處。」等語，承辦檢察官並據此認羅亦琛過失致重傷害犯罪嫌疑不足，而予以不起訴處分等情，有該不起訴處分書、

「第1次鑑定意見」在卷足參(原審卷第315至324之6頁)。

2. 嗣上訴人對上開不起訴處分聲請再議，經花蓮高分檢發回續查後，花蓮地檢署檢察官即以109年度醫偵續字第1號偵查，並再委託醫審會鑑定下列情事：「(一)依醫療常規，本案醫師為病人處置前，是否應先確認病人之症狀來源？本案情況應如何確認？本案醫師是否有遵循此醫療常規？(二)依本案上訴人之情況，醫療常規上應給予病人哪些處置或治療？於病人住院期間，又應給予哪些處置或治療？本案醫師是否有遵循此醫療常規？前開問題之答覆有無醫學論理依據？」，經醫審會以「第2次鑑定意見」回覆以：「(一)1. 依常理，醫師在為病人處置前，若能確定診斷(確診)，應先依確診而為治

療處置。但依實際醫療狀況，醫師常常無法第一時間得到確診，必須依病人症狀(symptoms)或表徵(signs)給予經驗性治療，再依病情演變及後續檢查結果，推演而得到確診，並依確診給予適切治療。2. 本案病人有多年第二型糖尿病，亦曾因糖尿病足併發症，接受左足大腳趾及第二趾截肢手術等病史。此次因右足底傷口癒合不良、紅腫、疼痛及發燒等症狀至門諾醫院急診室就診，予以身體診察有右前足底側面積大小約0.5x0.5公分之潰瘍，並有黃色滲液流出、右足第三趾紅腫等臨床表徵，相關血液檢查結果為C-反應蛋白(CRP)及白血球(WBC)異常升高等檢驗室檢查結果。依美國感染症醫學會 (Infectious Disease Society of America, IDSA)糖尿病足感染(diabetic foot infection)治療指引(參考資料)，糖尿病足潰瘍合併有膿性分泌物與感染常見之紅腫、熱、壓痛及疼痛等五種表徵之任兩種以上，即應視為糖尿病足感染治療。綜合上述病史、症狀、表徵及檢驗室檢查結果，急診醫師之「糖尿病併發症之糖尿病足合併右足蜂窩性組織炎」及後續收治於○○羅○○之「1. 右足底開放性傷口癒合不良；2. 糖尿病」等診斷，符合該治療指引。3. 本案醫師依病人病史、症狀、表徵及檢驗室檢查結果，推論而得到合理之診斷而為處置，符合醫療常規。(二)1. 治療糖尿病足感染之醫療常規，包括控制血糖、清創、抗生素治療、減少患部壓力。在給予抗生素治療之前，須先取得患部深部細菌培養。清創方式包括物理清創、化學清創、酵素清創及手術清創。清創時機須依傷口大小及深度判斷，必要時須進行反覆清創，以清除患部壞死組織，達到感染控制及促進組織癒合的能力。2. 本案上訴人到院後，急診醫師立即進行局部傷口換藥、血液細菌培養、傷口細菌培養及抽血進行相關之檢驗室檢查，並開立靜脈注射1次經驗性廣效抗生素。嗣後，由○○羅亦琛於當日收治住院進一步治療。病人住院期間，羅亦琛給予靜脈滴注廣效抗生素以治療感染、注射胰島素及每日4次監測血糖以控制血糖穩定，並每日右足底潰瘍傷口

換藥治療，此期間每日換藥是為物理清創，適用於小而淺的潰瘍傷口，依急診病歷紀錄，病人收治住院時傷口大小約0.5x0.5公分，符合美國感染症醫學會治療指引中適用物理清創狀況（參考資料）。108年1月5日病人傷口細菌培養結果呈現為三種細菌之混合感染，即針對細菌培養結果更改給予有效抗生素治療。依病程及護理紀錄，因病人間斷性發燒、右足疼痛及傷口癒合狀況未見改善，遂於1月7日施行右足底傷口清創手術，符合美國感染症醫學會治療指引中之建議（參考資料）。1月8日因上訴人血液檢查中感染相關指標持續偏高，故更改給予強效抗生素治療，依護理紀錄，記載上訴人仍有間斷性發燒情形。至1月14日上訴人血液檢查結果為感染相關指數仍持續偏高，並持續有右足紅腫及傷口潰瘍化膿，羅○○建議上訴人轉至花蓮慈濟醫院。糖尿病病人罹患足部潰瘍合併感染，本即有極高機率演變成截肢之結果，且上訴人亦曾於10多年前因類似併發症接受左足大腳趾及第二趾截肢手術。美國感染症醫學會依感染嚴重程度將糖尿病足感染分為①有潰瘍但無感染；②輕度感染；③中度感染；④嚴重感染等4等級，治療指引中亦述及，即使在醫療先進之美國，糖尿病足感染導致截肢機率，依感染嚴重程度分別為3%、3%、46%及70%（參考資料1），可見其治療之困難。病人此至門諾醫院急診室就診時即有發燒（體溫38.8℃）及白血球異常（15770/ μ L）兩項表徵，歸屬於嚴重感染之等級，因此雖經治療但病況未獲改善，並在短時間內惡化，最終導致其右下肢截肢之結果，應與病人糖尿病併發症之嚴重程度有關，羅亦琛之治療行為與病人右下肢截肢之結果並無因果關係。3. 承上，羅亦琛之處置、治療及照護，均符合醫療常規，並無疏失。(三)其依據已分述於前開說明。主要參考依據為美國感染症醫學會於2012年公布之糖尿病足感染治療指引(參考資料：Lipsky, et al., 2012 Infectious Disease Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infection)

ons. Clinical Infectious Diseases. 2012;54:e132-173.)。」「等語，承辦檢察官並據此認羅亦琛過失致重傷害犯罪嫌疑不足，而再予不起訴處分，雖上訴人不服聲請再議，惟為花蓮高分檢以110年度上聲議字第301號處分書駁回再議而確定等情，有該不起訴處分書、處分書及「第2次鑑定意見」可證（原審卷第325至363頁）。

3. 綜上，羅亦琛經3次偵查(包含花蓮高分檢駁回再議程序)、2次鑑定，均認其對上訴人所為之醫療處置、治療、照護已盡到醫療上之注意，並無不符合醫療常規或有醫療疏失，且上訴人之右腳截肢結果與羅亦琛之醫療行為，並無因果關係。

(三)經上訴人聲請，本院再委託醫審會鑑定下列情事：1.上訴人當時之病況，在住院後羅亦琛於108年1月1日、1月7日只進行2次傷口細菌檢查，此一檢查區間(6日)，是否符合醫學常規？2.又檢驗白血球數目(WBC)及C-反應蛋白(C-reactive protein, CRP)在當日即可獲知檢驗結果，在WBC及CRP指數持續偏高之情形下，本案例若縮短6日檢查區間，是否可及時發現感染菌源，及早施用抗生素？及早施用抗生素在有效的提高治療成效上是否較佳？是否可避免上訴人右下肢截肢之結果。3.本案例上訴人糖尿病足已生感染，除了給予抗生素以外，即時的外科清創，傷口照護之外，羅亦琛在確保患部的血液灌流方面有做了甚麼處置？若無，是否符合醫學常規？與上訴人右下肢之截肢結果有無因果關係？，經醫審會以「第3次鑑定意見」回覆以：

1.治療感染性傷口時，細菌培養頻率應由醫師依病人的臨床病況發展予以判斷是否有其需要，而非以日數長短決定。依門諾醫院病歷紀錄及醫囑單，上訴人於108年1月1日因右足底傷口癒合不良、紅腫、疼痛及發燒，至門諾醫院急診室就診，當時即進行血液樣本及傷口之細菌培養，並開立廣效抗生素Curan諾快寧1.2gm(內含amoxicillin 1000mg與clavulanate200mg)立即給予靜脈滴注1次(IVD STAT)，之後由○○羅亦琛於當日將病人收治住院進一步治療，住院後開立給與

01 靜脈滴注廣效抗生素Curan諾快寧1.2gm每8小時靜脈滴注1次
02 (IVD Q8H)繼續治療。至1月5日急診採樣之血液細菌培養結
03 果為陰性，傷口細菌培養結果則呈現為三種細菌之混合感
04 染，包括雷特格氏變形桿菌(*Proteus mirabilis*)、B型鏈球
05 菌(*Streptococcusagalactiac* Group B)及大腸桿菌(*Escher*
06 *ichia coli*)等三種細菌，故羅亦琛針對細菌培養結果更改
07 抗生素為Cravit可樂必妥(即Levofloxacin)750mg每天靜脈
08 滴注1次(IVD QD)治療；因傷口癒合狀況未見改善，羅亦琛
09 即於1月7日進行右足底傷口之清創手術，並於術中對傷口採
10 樣再次進行細菌培養。故羅○○於病人住院後持續給予抗生
11 素治療，且在得知傷口細菌培養結果後，即依細菌培養結果
12 調整抗生素處方，觀察治療結果未見改善，即安排清創手
13 術，並在術中再次進行傷口細菌培養，以排除細菌菌株改變
14 的可能性，作為後續調整抗生素處方之參考，且2次細菌培
15 養日期僅相隔6日，亦為相當即時之處置措施。綜上，108年
16 1月1日、1月7日之2次傷口細菌檢查間隔，符合醫療常規。

17 2.發現感染菌源憑藉的是細菌培養，白血球及C-反映蛋白指數
18 僅作為監控上訴人身體發炎的實驗室指標，其追蹤檢查頻率
19 一般以1週1次為原則，提高檢查頻率，與可否能及時發現感
20 染菌源並不相關。而根據病歷記載，上訴人所接受之抗生素
21 治療，不論在藥品選擇，或後續依細菌培養報告結果而調整
22 等方面，均符合醫療常規，其處置及時，惟仍無法避免病人
23 右下肢截肢之結果。

24 3.治療糖尿病足感染之所以困難，在於病人患部血液灌流不
25 良、免疫力低下及組織癒合能力不良，而導致其對於細菌之
26 抵抗力極差，靜脈注射抗生素亦不容易藉由血液灌流到達患
27 部所致；治療上如果能重建病人患部的血液灌流，學理上可
28 提升治療效果，但臨床實務上的治療效果遠不如預期。依病
29 歷紀錄，羅亦琛依醫療專業及醫院設備，對上訴人進行包括
30 抗生素治療及清創手術等，其處置適當，並在治療效果不理
31 想時，亦適時轉介至當地醫學中心之花蓮慈濟醫院進行後續

治療，花蓮慈濟醫院亦先採取清創等手術及抗生素治療，故羅亦琛之處置，符合當時之水準與醫療常規。綜上，羅亦琛在確保病人患部的血液灌流方面是否進行相關處置，與上訴人右下肢之截肢結果，並無因果關係(本院卷第399至404頁)。

(四)基上，羅亦琛為上訴人採行之處置、治療、照護方式已盡到醫療上之注意，並無違反醫療常規而有過失之處，上訴人主張其右腳截肢是因羅亦琛之醫療處置不當所致，應屬無據。

四、綜上所述，上訴人依侵權行為及債務不履行之法律關係，請求被上訴人連帶給付上訴人211萬元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息，為無理由，不應准許。從而，原審所為上訴人敗訴之判決，並駁回其假執行之聲請，並無不合。上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上訴。

五、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。

六、據上論結，本件上訴為無理由，爰判決如主文。

中 華 民 國 114 年 2 月 27 日

民事庭審判長法官 林慧英

法官 謝昀璉

法官 李水源

以上正本係照原本作成。

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。

中 華 民 國 114 年 3 月 6 日

書記官 徐文彬

01 附 註：

02 民事訴訟法第466條之1（第1項、第2項）：

03 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
04 人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

05 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
06 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
07 院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。