

臺灣高雄地方法院民事判決

111年度醫字第12號

原告 黃清文
黃常倫
黃常慈

上三人共同

訴訟代理人 王進輝律師

被告 侯明鋒
巫承哲
李忠良

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

法定代理人 王照元

上四人共同

訴訟代理人 王伊忱律師

吳欣叡律師

上列當事人間請求損害賠償事件，本院於民國113年5月31日言詞
辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、被告財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫醫院）之法定代理人於訴訟繫屬中已由鍾飲文變更為王照元，有醫療機構開業執照附卷可稽（見本院卷四第541頁），是
新任法定代理人王照元聲明承受訴訟（見本院卷四第539至540頁），核與民事訴訟法第170條、第175條第1項及第176條
規定相符，應予准許。

二、原告主張略以：被告侯明鋒、巫承哲、李忠良均為被告高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫）之受僱醫師。原告黃清文之妻、原告黃常倫及黃常慈之母劉美珍，於民國108

01 年8月21日透過網路掛號方式，掛高醫乳房外科同年9月2日
02 之侯明鋒門診成功，但當日卻非由掛診醫師侯明鋒親自診
03 察，經超音波檢查發現劉美珍有腫瘤現象；嗣於同年9月9日
04 回診看該腫瘤檢體化驗報告時，看診醫師表示屬惡性腫瘤一
05 期，需安排開刀。劉美珍遂於108年9月16日至高醫住院，於
06 同年月17日接受手術進行左胸下方局部切除腫瘤（下稱系爭
07 手術），於同年月00日出院，後續於高醫持續接受化療及標
08 靶治療。查系爭手術之舊版手術同意書中「預定執行醫師姓
09 名欄」、「醫師補充說明欄」，及新版手術同意書中「手術
10 負責醫師姓名欄」，均係侯明鋒之簽章；但開刀住院之病歷
11 上卻記載主治醫師為李忠良，實際執行系爭手術之醫師為巫
12 承哲，而劉美珍及家屬於術後始知此情，被告就此已有疏
13 失。再者，實際執行劉美珍相關手術職務之巫承哲，及病歷
14 所載主治醫師李忠良，對劉美珍之身體狀況及用藥時機等醫
15 療事項本應隨時注意；而身為劉美珍掛診及手術同意書所載
16 手術負責醫師之侯明鋒，亦應負監督巫承哲、李忠良善盡醫
17 療責任之責。詎侯明鋒、巫承哲、李忠良卻未盡其注意義
18 務，且巫承哲於化療過程之醫療處置違反醫療常規，導致劉
19 美珍於109年3月24日因急性呼吸窘迫綜合症及院內感染肺炎
20 導致敗血性休克、肝腎功能衰竭、多重器官衰竭而死亡。侯
21 明鋒、巫承哲、李忠良就其過失致死之行為，應分別依民法
22 第184條第1項前段規定負侵權行為損害賠償責任，及醫療契
23 約債務不履行之損害賠償責任；並應依民法第185條規定負
24 共同侵權行為之連帶責任。高醫則應依民法第188條第1項前
25 段規定，與上開被告連帶負賠償責任。而劉美珍生前於高醫
26 就醫之醫療費用新臺幣（下同）81萬1622元、死後之喪葬費
27 用36萬6060元，均由黃清文支出，此等費用應由被告賠償。
28 另原告因被告之過失致受喪妻、失恃之痛，被告亦應賠償精
29 神上損害，其金額為黃清文300萬元、黃常倫及黃常慈各200
30 萬元等語。並聲明：（一）被告應連帶給付原告黃清文417萬7
31 682元、原告黃常倫200萬元、原告黃常慈200萬元，暨自起

01 訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

02 (二)願供擔保，請准宣告假執行。

03 三、被告答辯略以：劉美珍於108年9月2日至高醫乳房外科之侯
04 明鋒門診就診（該次門診由蕭君平醫師代診），並於當日接
05 受超音波乳房粗針切片檢查；因檢查結果為侵犯性乳癌，故
06 於同年9月9日回診時告知劉美珍，並建議進行部分乳房切除
07 手術，及哨兵淋巴結切片術合併術中放射線治療。嗣劉美珍
08 於108年9月17日接受左側部分乳房切除手術，及哨兵淋巴結
09 切片術合併術中放射線治療；該手術同意書上均為侯明鋒之
10 簽名，但手術同意書為高醫之制式版本，並無新舊之分。原
11 告所稱當日係進行左胸下方局部切除腫瘤，及手術同意書有
12 新版、舊版等語，應屬誤會。高醫之乳房外科手術係採取團
13 隊治療，由整體醫療團隊共同參與病患治療之過程。本件劉
14 美珍於108年9月17日接受乳房腫瘤切除手術時，係由高醫乳
15 房外科團隊醫師即侯明鋒、巫承哲共同執行；至於李忠良則
16 為劉美珍該次手術治療住院期間之主治醫師，並未參與該次
17 手術。被告對於侯明鋒、巫承哲及李忠良就其各自實施之醫
18 療行為負有醫療上注意義務乙節並不爭執，但侯明鋒、巫承
19 哲、李忠良均為高醫乳房外科醫療團隊成員且均為主治醫
20 師，三人間並無職務上之隸屬關係，原告稱侯明鋒應監督巫
21 承哲、李忠良等語為無理由。復查，巫承哲所為醫療行為，
22 亦均符合醫療常規。侯明鋒、李忠良、巫承哲均已善盡醫療
23 上注意義務，所為醫療行為並無疏失，而高醫亦已善盡僱用
24 人之選任監督責任及醫療上給付義務；且劉美珍之死亡，與
25 被告之醫療行為間，並無因果關係，原告請求被告應連帶負
26 侵權行為及債務不履行之損害賠償責任等語，為無理由。退
27 言之，縱認原告得請求被告賠償損害，惟原告請求之醫療費
28 用，乃劉美珍治療其罹患之乳癌疾病所生費用，與被告醫師
29 之醫療行為無涉。另原告請求之精神慰撫金金額亦屬過高等
30 語為辯。並聲明：(一)原告之訴駁回。(二)如受不利判決，
31 願供擔保請准宣告免為假執行。

01 四、本院之判斷：

02 (一)按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意，醫療法第82
03 條第1項定有明文。是於醫療過失責任原則下，醫療機構及
04 醫師之醫療行為須具有過失，且該過失行為與損害間具有因
05 果關係，始成立損害賠償責任。又所謂醫療過失行為，係指
06 行為人違反依其所屬職業通常所應預見及預防侵害他人權利
07 行為義務。而所謂善盡醫療上必要之注意，則係指醫療行為
08 須符合醫療常規、醫療水準而言。是醫事人員如依循一般公
09 認臨床醫療行為準則，正確地保持相當方式與程度之注意，
10 即屬已為應有之注意。又醫療行為係屬可容許之危險行為，
11 且醫療之主要目的雖在於治療疾病或改善病人身體狀況，但
12 同時必須體認受限於醫療行為之有限性、疾病多樣性，以及
13 人體機能隨時可能出現不同病況變化等諸多變數交互影響，
14 而在採取積極性醫療行為之同時，更往往易於伴隨其他潛在
15 風險之發生，因此有關醫療過失判斷重點應在於實施醫療之
16 過程，要非結果，亦即法律並非要求醫師絕對須以達成預定
17 醫療效果為必要，而係著眼於醫師在實施醫療行為過程中恪
18 遵醫療規則，且善盡注意義務。如醫師實施醫療行為，已符
19 合醫療常規、醫療水準等客觀情況之醫療上必要注意義務，
20 且未逾越合理臨床專業裁量，而病人或其他請求權人未能舉
21 證證明醫師實施醫療行為過程中有何疏失，即難認醫師有不
22 法侵權行為。又醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、
23 裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行為過程中是否違反注
24 意義務，必須斟酌醫療當時之醫療專業水準、醫師就具體個
25 案之裁量性、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷。醫師
26 基於其臨床專業裁量而決定採取最適宜病人利益之用藥或治
27 療方式，但無法保證結果一定能改善病情，故不能僅因醫療
28 結果不如預期，即認定其醫療作為或不作為違反注意義務。

29 (二)經查：

30 1.劉美珍為原告黃清文之妻、原告黃常倫及黃常慈之母。劉美
31 珍於000年0月0日下午至被告高醫附設醫院乳房外科侯明鋒

01 醫師門診就診，主訴於同年8月4日接受乳癌篩檢，因乳房攝
02 影檢查結果異常，疑似有左側乳房外下方腫塊，故代診醫師
03 蕭君平醫師進一步安排乳房超音波及超音波導引切片檢查。
04 同年9月5日病理切片檢查結果顯示左側乳房外下方腫塊為惡
05 性腫瘤。同年9月9日劉美珍至巫承哲醫師門診就診，巫承哲
06 醫師告知檢查結果（依上述檢查結果，可綜合判斷病人之臨
07 床期別為第一期人類上皮生長因子受體HER2陽性乳癌），建
08 議手術治療及術中一次性放射線治療，並解釋手術方式及其
09 風險。劉美珍預計於108年9月16日住院且於108年9月17日接
10 受手術。當日（即108年9月9日）17時30分至17時35分，劉
11 美珍於乳房腫瘤手術說明暨同意書及手術同意書簽署同意，
12 其同意書載明：「建議手術名稱為左側乳房部分切除手術併
13 腋下前哨淋巴結切片術」，且手術說明醫師及負責醫師為侯
14 明鋒醫師。當日並接受抽血檢查結果為CA15-323.7U/mL（該
15 院未附參考值，一般參考值 ≤ 30 U/mL）。劉美珍遂於108年9
16 月16日住院，主治醫師為李忠良醫師，108年9月17日接受由
17 侯明鋒醫師主刀、助手即巫承哲醫師施行左側乳房部分切除
18 手術合併前哨淋巴結切片術，術中同時會診放射腫瘤科湯人
19 仰醫師進行一次性放射治療，病人術後於000年0月00日出院
20 之事實，有戶籍謄本（見雄司醫調卷一第467頁）、高醫病
21 歷、衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）鑑定書案情
22 概要可稽《高醫病歷卷即雄司醫調卷二、卷三，本院卷四第
23 248至249頁、卷五第333至334頁》，堪予採認。原告雖以劉
24 美珍於民國108年8月21日透過網路掛號方式，掛高醫乳房外
25 科同年9月2日之侯明鋒醫師門診成功，但當日卻非由掛診醫
26 師即侯明鋒醫師親自診察，又系爭手術之同意書均係侯明鋒
27 之簽章；但開刀住院之病歷上卻記載主治醫師為李忠良，實
28 際執行系爭手術之醫師為巫承哲，而劉美珍及家屬於術後始
29 知此情，被告就此已有疏失云云。然查，關於侯明鋒為病患
30 劉美珍手術同意書所載之手術負責醫師、李忠良為病患劉美
31 珍開刀住院病歷上所載之主治醫師，但病患劉美珍之用藥時

01 機均由巫承哲醫師為之，是否符合醫療常規之爭點，經送醫
02 審會鑑定結果認：「侯明鋒醫師（乳專醫字第0006號）、李
03 忠良醫師（乳專醫字第0665號）及巫承哲醫師（乳專醫字第
04 0668號）皆為合格之乳房專科醫師，且同為高醫附設醫院之
05 乳癌治療團隊成員，皆有資格及能力為本案病人進行治療，
06 且團隊成員之間互相合作，均符合醫療常規。」（見醫審會
07 編號0000000號鑑定書、本院卷四第252至253頁），又劉美
08 珍雖以網路掛號侯明鋒醫師門診，但其於108年9月2日親自
09 前往高醫附設醫院就診時，亦已接受由蕭君平醫師診察，此
10 由劉美珍接受進一步安排乳房超音波及超音波導引切片檢查
11 一情自明，故原告泛稱被告有疏失云云，無足可採。

12 2.又原告主張侯明鋒、巫承哲、李忠良於實施劉美珍系爭手術
13 時及術後化療過程之醫療處置違反醫療常規，導致劉美珍於
14 109年3月24日因急性呼吸窘迫綜合症及院內感染肺炎導致敗
15 血性休克、肝腎功能衰竭、多重器官衰竭而死亡等情，經被
16 告否認。經查：

17 (1)劉美珍經病理切片檢查結果顯示左側乳房外下方腫塊為惡性
18 腫瘤，於108年9月17日手術主刀醫師為侯明鋒醫師、助手巫
19 承哲醫師施行左側乳房部分切除手術合併前哨淋巴結切片
20 術，術中同時會診放射腫瘤科湯人仰醫師進行一次性放射治
21 療，該次手術治療住院期間（108年9月16日至108年9月19
22 日）之主治醫師為李忠良醫師，業經本院認定屬實，已如前
23 述，而劉美珍經施行系爭手術之後，關於「劉美珍於108年9
24 月9日檢體的「CA-153」數值為23.7，嗣於108年12月20日
25 （手術後且經化療）「CA-153」數值為33.2，是否表示上開
26 手術未將癌細胞切除乾淨？劉美珍經施行上開手術後，左胸
27 開刀處有無不規則細胞（肉芽）增長？是否符合該手術施行
28 後之醫療常規？」之爭點，經送醫審會鑑定結果認：「1.腫
29 瘤標記物，偶爾可能出現假性升高。因此，對於部分無明確
30 臨床或影像學上有疾病惡化跡象之病人，單純僅有腫瘤指數
31 升高，並不足以證明需要立即改變治療。高達20%接受全身

01 治療且治療成功的病人，在治療開始後的前1~2個月內，可
02 能會經歷一個短暫的增加，此可能是由於細胞溶解、釋放抗
03 原所致（參考資料1、2）。綜上，CA-153數值上升，並非表
04 示上開手術未將癌細胞切除乾淨，從而即非表示不符合醫療
05 常規。2. 依108年9月17日手術後之住院病歷及護理紀錄（10
06 8年10月13日至10月17日、11月5日至11月9日、11月28日至1
07 1月30日、12月20日至12月21日、109年1月5日至1月9日、1
08 月21日至3月24日），均未發現左胸手術處有不規則細胞
09 （肉芽）增長之記載，故符合醫療常規。」（見醫審會編號
10 0000000鑑定書，本院卷五第331至441頁）。是原告泛稱系
11 爭手術未將癌細胞切除乾淨云云，並無可採。

12 (2)再有關於原告質稱劉美珍於系爭手術後，經巫承哲採用並施行
13 之化學治療及標靶治療不符合醫療常規等情，為被告否認，
14 此爭點前於臺灣高雄地方檢察署（下稱高雄地檢）111年度
15 醫偵字第18號案件（下稱刑案）偵查時，經檢察官送請醫審
16 會就「微脂體小紅莓Lipo-Dox、Endoxan、Herceptin這3種
17 藥物一起施打是否符合醫療常規？有無疏失？被告巫承哲就
18 病患劉美珍反覆發燒診斷係肺囊蟲菌感染肺炎，其投以抗生
19 素Sevatrim之藥量及次數是否符合醫療常規？有無疏失？巫
20 承哲醫師上揭2項醫療行為與病患劉美珍死亡是否有關
21 連？」之事項為鑑定，經醫審會鑑定結果認：「1. 依臨床研
22 究，已證實小紅莓類化學治療藥物anthracycline能為HER2
23 陽性乳癌病人帶來更好的存活率（參考資料1）。同時亦有
24 臨床試驗證明Lipo-Dox搭配Endoxan和Herceptin比起傳統之
25 小紅莓類化學治療藥物doxorubicin，可以避免心臟功能損
26 傷（參考資料2）。故Lipo-dox、Endoxan及Herceptin合併
27 施打，於臨床上頗為安全，符合醫療常規，並無疏失。2. Se
28 vatrium（SMZ 400mg + TMP 80mg/ainp）治療肺囊蟲菌感染
29 肺炎之標準劑量為TMP 15~20 mg/kg/day。本案依109年1
30 月21日之入院病歷紀錄，病人身高為156公分，體重為55.7
31 公斤，藥囑為Sevatrim3.5ampQ8H，換算為15mg/kg/day，符

01 合醫療常規，並無疏失。3. 巫醫師上揭2項醫療行為皆符合
02 醫療常規，與本案病人死亡並無關。」（見醫審會編號0000
03 000號鑑定書、本院卷四第245至271頁），原告就此鑑定結
04 果再提出質疑，經本院再將下列事項送請鑑定：「1. 本件前
05 經醫審會編號0000000鑑定書為鑑定，該鑑定書之鑑定意見
06 第（一）點所引用之參考資料1、2文獻研究對象與劉美珍罹
07 患的乳癌類型是否不同？另劉美珍於000年0月間確診罹患乳
08 癌之後續化療採合併施打Lipo-dox、Endoxan、Herceptin三
09 種藥物，有無違反附件所示之「乳癌抗癌藥物治療指引」
10 （按原告引用之2018年NCCN治療指引文獻〈本院卷四第467
11 至469頁〉）？如有違反，是否符合醫療常規？若不符合醫
12 療常規，是否與劉美珍之死亡有相當因果關係？2. 依劉美珍
13 自108年10月13日至109年1月9日期間之身體狀況（含血液檢
14 查、體溫檢查、白血球生長激素注射、抗生素治療等），各
15 該五次化學治療及標靶治療之實施日期、間隔時間、劑用
16 量、次數，有無違反醫療常規？若不符合醫療常規，是否與
17 劉美珍之死亡有相當因果關係？3. 又劉美珍於108年11月5日
18 經高雄醫學院核子醫學科檢查，依該科之核醫報告檢查結
19 果，巫承哲醫師仍續行實施化學治療及標靶治療，有無違反
20 醫療常規？若不符合醫療常規，是否與劉美珍之死亡有相當
21 因果關係？」，並函請原告聲請之鑑定機關即國立臺灣大學
22 醫學院附設醫院（下稱台大醫院）鑑定，惟因台大醫院相關
23 專科醫師業務繁忙不克受託（見本院卷五第94至96頁、第25
24 9至260頁、第281頁），再由本院送請醫審會補充鑑定，經
25 醫審會鑑定結果為：「（二）1. (1)本會第0000000號鑑定書
26 所引用之參考資料1、2，其文獻研究對象確實與本案病人狀
27 況相符合。a. 本案病人的狀況：腫瘤1.1公分，經前哨淋巴
28 切片取樣4顆淋巴結，無腋下淋巴結轉移之證據，HER2陽
29 性，治療前左心室射出分率（leftventricularejectionfra
30 ction, LVEF）67.66%。b. 前次參考資料1之研究對象：早期
31 乳癌患者，並附有病理組織HER2形態之病理報告紀錄。C. 前

01 次參考資料2之研究對象：在手術後被診斷為腋下淋巴結轉
02 移，或雖然淋巴結無轉移但屬於中度風險族群（參考資料
03 3）之HER2陽性乳癌婦女，且治療前左心室射出分率（left
04 entricular ejection fraction, LVEF）大於55%。（2）依文
05 獻報告，2018年對於HER2陽性的早期乳癌患者，手術後的藥
06 物治療中，抗HER2單株抗體trastuzumab（賀癌平）已經是
07 首選推薦藥物（參考資料4）。微脂體小紅莓（Lipo-dox, p
08 egylated liposomal doxorubicin）在一些大型系統性回顧文
09 獻中已證實相比於傳統小紅莓（doxorubicin、epirubi
10 cin）具有更低的心臟毒性（參考資料5、6）。2014年的一項
11 第二期臨床試驗（參考資料7）顯示HER2陽性局部侵犯性乳
12 癌患者在使用Lipo-dox、cyclophosphamide（癌德星）、tr
13 astuzumab（賀癌平）及paclitaxel（太平洋紫杉醇）與tra
14 stuzumab後，有83%病人的腫瘤在治療後有反應。此外，20
15 23年由台灣多中心團隊共同發表的大型研究中（參考資料
16 8），一至三期早期乳癌患者接受pegylated liposomal doxor
17 ubicin（PLD）-cyclophosphamide及後續docetaxel（歐洲
18 紫杉醇）（LC-T組）或epirubicin-cyclophosphamide及後
19 續docetaxel（EC-T組），相比之下，LC-T組在病理完全反
20 應率及影像學完全反應率都優於EC-T組。綜上，本案病人所
21 接受之Lipo-dox、Endoxan（cyclophosphamide）、Hercept
22 in（trastuzumab）的療程，在當時的醫療常規及指引下，
23 是可行的治療選項之一，尤其是考慮Lipo-dox相比傳統小紅
24 莓具有更低的心臟毒性。因此，原醫療團隊之醫療處置符合
25 醫療常規。2. 依病歷紀錄，醫師有評估病人接受化療及標靶
26 治療之安全性；其評估依據包括化療前的白血球（WBC）、
27 血紅素（Hb）、血小板（PLT）數值及藥物劑量。依病歷及
28 護理紀錄，於此5次療程開始前，這些數值均符合原治療醫
29 院在接受療程之前所設定的容許範圍（記載於護理紀錄，WB
30 C2000～2900/ μ L、Hb8～10g/dL、PLT50,000～75,000/ μ
31 L）。藥物劑量部分，Lipo-dox、cyclophosphamide和trast

01 uzumab均符合指引及文獻報告中之合理劑量範圍（Lipo-dox
02 35~40mg/m²；cyclophosphamide600mg/m²；trastuzumab初
03 始劑量8mg/kg、維持劑量6mg/kg）（參考資料7、9及10）。
04 每次治療前，病人之體溫、心跳及血壓等生命徵象均在正常
05 範圍內。依卷附病歷資料所提供數據，病人在接受化學治療
06 及標靶治療期間，醫療團隊給予的決策及處置符合醫療常
07 規。3.108年11月5日進行之核子醫學檢查為Tc99mRBCsradio
08 nuclideventriculography，用以檢測左心室射出分率（lef
09 tventricularejectionfraction, LVEF），該檢查結果顯示
10 左心室射出分率66.0%，與治療前之左心室射出分率相比，
11 並無心臟功能惡化之跡象，因此病人並無續行實施化學治療
12 及標靶治療之禁忌。故巫醫師之續行實施化學治療及標靶治
13 療，符合醫療常規。」（見醫審會編號0000000鑑定書，本
14 院卷五第331至441頁），則巫承哲採用並施行之化學治療及
15 標靶治療之療程，並無不符合醫療常規之情，尚不得僅因醫
16 療結果不如預期，即認定其醫療作為違反注意義務，是原告
17 前開質疑尚無可採。

18 (3)原告復主張劉美珍於109年1月24日至109年1月28日早上（農
19 曆過年期間）呼吸越來越困難，醫師巫承哲在這段期間未探
20 視病患為積極之處理，僅由值班住院醫師處理，致劉美珍從
21 109年1月21日住院診斷係支氣管炎演變到急性呼吸窘迫症，
22 其處置不符合醫療常規，顯有醫療疏失等情，此經高雄地檢
23 刑案偵查中送請醫審會鑑定上開情事有無違反醫療常規？有
24 無疏失？與病患劉美珍死亡是否有關連？觀之醫審會編號00
25 00000號鑑定書之鑑定結果為：「（四）依109年1月21日至1
26 月28日之病程紀錄及護理紀錄，1月23日因病人仍有發燒情
27 形，巫醫師囑咐安排胸部電腦斷層掃描檢查，結果顯示雙側
28 肺葉肺炎，疑似為肺囊蟲菌感染引起之非典型肺炎，巫醫師
29 遂囑咐收集痰液進行病原菌培養及以抗生素Sevatrim治療。
30 經治療後病人體溫及生命徵象逐漸穩定。然而病人於1月27
31 日呼吸窘迫症狀加劇，經肺部X光檢查結果顯示雙側肺葉肺

01 炎，因動脈血液氣體分析顯示急性呼吸窘迫症候群（Acute
02 respiratory distress syndrome, ARDS）合併低血氧飽和度，
03 巫醫師於1月28日緊急會診胸腔內科，並向病人及家屬進行
04 病情解釋，遂決定接受置放氣管內管及轉入外科加護病房觀
05 察。雖然病人病情進展迅速，但巫醫師及其醫療團隊皆有因
06 應病情變化而進行相對應之後續處置，符合醫療常規，亦無
07 疏失，且與病人死亡無關。」（見本院卷四第245、248、25
08 2頁），從而，原告前述主張亦無足取。然原告再主張巫承
09 哲指示護理人員將加濕器關閉，僅於抽痰前開啟即可，違反
10 醫療常規，故認巫承哲有醫療疏失等語，經被告否認，則本
11 院就關於「劉美珍於109年3月9日接受胸腔外科醫師施行氣
12 管造口手術後，嗣於109年3月16日脫離呼吸器，並轉入一般
13 病房接受後續呼吸照護，所稱『呼吸照護』是否必須隨時開
14 啟加濕器？若僅在抽痰前開啟加濕器，有無違反醫療常
15 規？」一事，再送請鑑定，經醫審會鑑定結果為：「依國際
16 呼吸治療的標準指引（參考資料11），對於使用侵入性呼吸
17 器之病人，在進行呼吸治療期間，建議進行加濕處理。本案
18 病人於109年3月16日脫離呼吸器後，已轉入一般病房，故已
19 無使用侵入性呼吸器，因此並無常規開啟加濕器之必要。本
20 案醫師之醫療處置並無違反醫療常規。」（見醫審會編號00
21 00000鑑定書，本院卷五第331至441頁），至原告再以住院
22 照會單之記載，主張劉美珍依然需靠安裝在牆壁的氧氣供應
23 及插管至支氣管抽痰，而主張仍屬侵入性治療等語（見本院
24 卷六第38至39、69頁），然本院係檢送劉美珍於高醫就診之
25 所有病歷資料送請醫審會為上開鑑定，而原告提出之住院照
26 會單亦為病歷內之資料（見病歷卷即雄司醫調卷三第69
27 頁），故原告自行判斷上情屬侵入性治療云云，礙難採認。
28 從而，巫承哲之醫療處置符合醫療常規，尚不得僅因醫療結
29 果不如預期，即認定其醫療作為違反注意義務，是原告前開
30 主張尚無可採。

31 (4)再按衛生福利部受理委託鑑定機關委託鑑定案件，應提交衛

01 生福利部醫事審議委員會醫事鑑定小組（以下簡稱醫事鑑定
02 小組）召開會議審議鑑定。前項鑑定，得先行交由相關科別
03 專長之醫師（以下簡稱初審醫師）審查，研提初步鑑定意
04 見；醫事鑑定小組會議，必要時得邀請有關機關或專家學者
05 列席諮商；醫事鑑定小組會議對於鑑定案件之審議鑑定，以
06 委員達成一致之意見為鑑定意見，不另作發言紀錄；醫事鑑
07 定小組委員及初審醫師，對於鑑定案件，應就委託鑑定機關
08 提供之相關卷證資料，基於醫學專業知識與醫療常規，並衡
09 酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，不得
10 為虛偽之陳述或鑑定，醫療糾紛鑑定作業要點第4點、第14
11 點、第15點、第16點分別定有明文。足見前開衛生福利部醫
12 事審議委員會作成鑑定書（編號0000000號鑑定書、編號000
13 0000鑑定書），既係由衛生福利部醫事鑑定小組委員分別就
14 高雄地檢署及本院所提供相關卷證資料，基於醫學專業知識
15 與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、
16 客觀之意見，應具有相當之專業性、客觀性及公正性，自得
17 作為本件判斷之依據。是原告質疑醫審會鑑定之公正性及引
18 用資料之適當性，並指稱醫審會之鑑定結果不可採云云，礙
19 難採認。

20 (三)原告請求被告連帶賠償損害，有無理由？數額若干？

21 按醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、裁量性及複雜
22 性，是判斷醫師於醫療行為過程中是否違反注意義務，必須
23 斟酌醫療當時之醫療專業水準、醫師就具體個案之裁量性、
24 病患之特異體質等因素而為綜合之判斷。醫師基於其臨床專
25 業裁量而決定採取最適宜病人利益之用藥或治療方式，但無
26 法保證結果一定能改善病情，故不能僅因醫療結果不如預
27 期，即認定其醫療作為或不作為違反注意義務。原告主張被
28 告侯明鋒、巫承哲、李忠良之醫療行為有過失，並無依據，
29 業經本院認定如前，則被告侯明鋒、巫承哲、李忠良所為之
30 醫療行為既無疏失，就原告主張之損害，自不負侵權行為責
31 任。而被告侯明鋒、巫承哲、李忠良即被告高醫附設醫院之

01 受僱人、醫療契約之履行輔助人於執行職務時既無過失或有
02 可歸責之事由，被告高醫附設醫院自無庸依民法第188條規
03 定連帶負責，亦不須就醫療契約負不完全給付之賠償責任，
04 是原告請求被告等人負侵權行為或債務不履行之損害賠償責
05 任，自無理由。從而，本院已無須再就原告各項請求之金額
06 有無理由，逐一審究。

07 四、綜上所述，原告依民法第184條第1項前段、第185條、第188
08 條第1項前段、第227條第1項、第227條之1、第224條等規
09 定，請求被告應連帶給付原告黃清文417萬7680元、給付原
10 告黃常倫200萬元、給付原告黃常慈200萬元，及均自111年2
11 月21日民事追加及陳報狀繕本送達翌日起至清償日止，按年
12 息5%計算之利息，均無理由，應予駁回。又原告之訴既經
13 駁回，則原告假執行之聲請已失所附麗，應併予駁回。

14 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
15 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
16 逐一論列，至原告固聲請補充鑑定（見本院卷四第275至279
17 頁），惟被告等人所為醫療行為並無過失之事實已明，故認
18 無調查必要，附此敘明。

19 六、據上論結，原告之訴為無理由，爰判決如主文。

20 中 華 民 國 113 年 6 月 28 日

21 民事第二庭法官 黃顛雯

22 以上正本係照原本作成。

23 如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀。如
24 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

25 中 華 民 國 113 年 6 月 28 日

26 書記官 吳翊鈴