

臺灣新北地方法院民事判決

106年度醫字第9號

原告 甲 (真實姓名年籍詳卷)

兼 上一人

法定代理人 甲母 (真實姓名年籍詳卷)

甲父 (真實姓名年籍詳卷)

上三人共同

訴訟代理人 林鳳秋律師

複 代理人 姚逸琦

被告 阮良圖

訴訟代理人 陳尚宏律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，經本院於民國113年10月24日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

一、被告應給付原告甲新臺幣（下同）360萬元、原告甲母60萬元、原告甲父60萬元，及均自民國106年3月18日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。

二、原告其餘之訴駁回。

三、訴訟費用由被告負擔10分之7，餘由原告負擔。

四、本判決第一項於原告甲以120萬元、原告甲母以20萬元、原告甲父以20萬元各為被告供擔保後，各得假執行；但被告如分別以360萬元為原告甲、以60萬元為原告甲母、以60萬元為原告甲父預供擔保，分別得免為假執行。

五、原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

壹、程序方面：

按行政機關及司法機關所製作必須公開之文書，除前項第3款或其他法律特別規定之情形外，亦不得揭露足以識別前項兒童及少年身分之資訊。兒童及少年福利與權益保障法第69條第2項定有明文。查本件原告甲(民國000年0月生)，為未滿18歲之兒童，依前揭規定，本院不得揭露原告甲之真實姓

名及住所，又作為保密及保護兒童之安全措施，關於原告甲之父親即原告甲父、原告甲之母親即原告甲母之真實姓名住所等資訊，應一併保密，不予揭露，其等真實姓名及住所均詳卷（並製作真實姓名代號對照表）所載，合先敘明。

貳、實體方面：

一、原告主張：

(一)事實經過：

- 1.緣原告甲於000年0月0日出生於被告甲○○所獨資經營之欣幼婦產科診所(下稱被告診所)，由被告為原告甲母為產前檢查及分娩時之全部處置。
- 2.原告甲母因患有特殊疾病蛋白質S缺乏症及妊娠糖尿病，生產風險本較一般身體健康之孕婦為高，惟被告仍疏於注意原告甲母身體狀況，不僅於103年12月19日對於原告甲母已出現子宮收縮、子宮頸開口等生產徵兆未予詳細檢查確認，所為已有失當。
- 3.俟原告甲母於104年1月6日再度前往產檢，結束返家數小時後，於104年1月7日凌晨因在家感下腹痛且有落紅、有規律收縮等生產徵兆，故而於同日約凌晨3時30分許至被告診所入院待產，於同日凌晨4時整開始發生出血、子宮收縮等生產徵兆。
- 4.被告身為被告診所院長及原告甲母之主治醫生，深諳原告甲母患有前述患疾，本應隨時注意原告甲母生產過程之狀況，卻未親自或指派其他醫師檢查原告甲母及胎兒狀況。
- 5.原告甲母待產期間，胎心音監視器連續發出大聲警告聲響，顯示胎兒心跳恐有異常，原告甲母不斷詢問被告診所護士為何監視器一直響，但被告診所內人員不僅未及時為任何處置，甚且直接將原告甲出生前用來檢測胎心音、子宮宮縮及胎兒之心跳變化之胎心音監視器等拔除，未全程監視胎兒之胎心音變化；且胎兒監視器自同日凌晨約4時3分起，胎心音減速的最低點（胎心音之低峰）對應至宮縮圖，即反覆發生在宮縮最高點（尖峰）時或最高點（尖峰）數秒之後出現產

01 科學上所稱為減速（deceleration）之情形，而減速即表示
02 發生胎兒窘迫等胎兒缺氧等情形，然被告及被告診所內人員
03 均未予注意亦未告知原告方面，更未給予剖腹之建議及處
04 置，已有過失。

05 6.而被告於另案偵查程序中亦自承，其遲至原告甲母住院後近
06 2小時，即同日凌晨5時42分始抵達診所，才發現情況不對，
07 倉促決定以真空吸引器吸出原告甲，但因產程延宕過久導致
08 原告甲於同日凌晨5時44分出生時，腦部嚴重缺氧，全身皮
09 膚呈現紫色，生命跡象不穩定。

10 7.被告於新生兒此等存亡危急之際，本應迅速將原告甲送往鄰
11 近之醫療機構進行急診救治，惟被告卻不顧原告甲母、甲父
12 （即原告甲之父）之焦急請求，拒絕將原告甲送往相鄰約2
13 分鐘車程之亞東醫院，而堅持通報至與其具有合作關係之永
14 和耕莘醫院。在苦苦等候之期間，原告甲母、甲父仍多次苦
15 苦請求被告讓原告甲就近至亞東醫院就醫，被告竟覆以無法
16 配合、一切結果要原告等自行負責等語。

17 8.嗣永和耕莘醫院救護車遲至同日上午6時50分才抵達被告診
18 所，距原告甲出生已逾1小時之久。詎料，被告通報永和耕
19 莘醫院時，竟疏未確認永和耕莘醫院是否有相關急救設備，
20 俟救護車將原告甲送至永和耕莘醫院後，始發現永和耕莘醫
21 院並無處置能力，乃再度緊急將原告甲轉送臺大醫院，終致
22 原告甲因缺氧導致缺氧性腦病變、急性癲癇、聽力異常之極
23 重度殘障之重傷害結果，並遺有終身難以回復之神經系統損
24 傷，發展遲緩。

25 (二)被告過失情節：

26 1.被告於產檢時疏未注意原告甲母之生產徵兆，俟原告甲母因
27 出入入院待產後，仍未即時到院診治。

28 2.被告方面確有將胎兒監視器拔除，以及就已發生胎兒窘迫等
29 胎兒缺氧等情形，均未予注意，亦未告知原告方面病情，更
30 未給予剖腹之建議及處置，已有過失之處：

31 (1)針對被告方面將用來檢測胎心音、子宮宮縮及胎兒之心跳變

01 化之胎心音監視器等拔除之過失：

02 ①查原告甲母於104年7月間對被告提起刑事業務過失致重傷害
03 之告訴後，曾約於同年8月間向被告之被告診所申請病歷，
04 然被告嗣後所交付予原告方面之病歷資料中，從未見有所謂
05 「胎兒監視器報表」等胎心音紀錄；之後，因原告甲母收受
06 臺灣新北地方檢察署（下稱新北地檢署）檢察官106年度調
07 醫偵字第3號不起訴處分書，才發覺另案偵查庭曾有將被告
08 提供之「胎兒監視器報表」等胎心音紀錄，送予衛生福利部
09 （下稱衛福部）醫事審議委員會（下稱醫審會）進行鑑定，
10 故始於106年10月17日再次至被告診所申請104年1月7日之胎
11 兒監視器記錄影本，卻經被告診所護理長於隔日來電稱病歷
12 檔案室調無原告甲母之病歷資料、無法再提供予原告甲母云
13 云等違反醫療法之推拖之詞，足見被告方面迄今仍有未依法
14 提供原告甲母完整病歷資料之情形，則新北地檢署檢察官10
15 6年度調醫偵字第3號不起訴處分書所援引衛福部醫審會第00
16 00000號鑑定書（下稱系爭第1次鑑定書），審認被告無過失之
17 所謂「胎兒監視器報表」，究屬為何？是否為真實完整之病
18 歷資料？在在均屬有疑，則醫審會據不具真實性病歷所作成
19 之鑑定意見，自無足採。

20 ②更況，縱依被告嗣後所檢附具胎兒監視器記錄之病歷紀錄觀
21 之，適足反證被告方面確有將胎兒監視器拔除，以及就已發
22 生胎兒窘迫等胎兒缺氧等情形，均未予注意亦未告知原告方
23 面病情，更未給予剖腹之處置建議，以及相關風險及利弊
24 等，已有違反醫師法第12條之1及醫療法第81條告知義務之
25 情，亦有違反醫療常規之疏失之處：

26 A. 被告所提出之胎心音紀錄僅紀錄至104年1月7日凌晨4時32分
27 左右，而原告甲係於同日凌晨5時44分娩出，故被告雖辯稱
28 「…迄至同日凌晨4時35分時之胎兒胎心音則為『126bp
29 m』，由於當時均一切正常，即先暫停胎心音監測」、「…
30 同日凌晨5時斯時之胎兒胎心音則為『132bpm』，此後原告
31 甲母進入產房後，胎心音均維持在『120至130bpm』左右…

嗣至同日凌晨5時40分，原告甲母顯已疲憊而不能正確用力…阮醫師旋於同日凌晨5時42分抵達產房，斯時胎心音仍維持在『120至130bpm』…自同日凌晨5時至5時42分原告甲母進入產房後至胎兒娩出之期間，胎心音監測器均裝置在產婦身上」云云，然查：

- a. 縱由被告所辯，其亦坦承「同日4時32分至5時」此段時間，被告方面均無進行胎心音監測，可見被告確有未持續監測胎心音之疏失，尤其在原告同日凌晨4時許已有發生減速等表示胎兒窘迫有缺氧之情形，則被告未持續監測更有疏失之處。
 - b. 被告辯稱入院待產護理紀錄單（下稱系爭護理紀錄單）有記載「同日凌晨5時斯時之胎兒胎心音則為『132bpm』，此後原告甲母進入產房後，胎心音均維持在『120至130bpm』」云云，然觀諸系爭護理紀錄單並無如被告稱，有所謂同日凌晨5時進入產房後胎心音維持在『120至130bpm』云云之記載，被告所稱與病歷記載不符，僅屬空言辯稱。
 - c. 綜上可知，被告方面確實仍有隱匿未提出完整病歷資料（包含胎心音紀錄）之情形，而此已有違反醫療法第67條規定之情形，抑或是被告方面確實自同日凌晨4時32分左右至5時44分，期間有超過1小時10分以上之時間，除於同日凌晨5時42分被告醫師到達時曾有000-000bpm之紀錄外，均無任何胎心音紀錄，可證被告診所於原告甲母生產前，確將胎心音監視器予以拔除或未予持續監測，而致無法即時監測胎心音變異性，以發覺胎兒窘迫，並就此情形在臨床上所代表之意義告知原告方面，並給予進行剖腹產之可供選擇處置建議，以及相關風險及利弊等，則被告就此顯然均有醫療疏失之處。
- B. 且縱由被告所提出之「同日入院4時許～4時32分」間胎心音紀錄觀之，原告甲母約於同日凌晨4時許起，出現產科學上所稱為減速之情形，即表示發生胎兒窘迫等胎兒缺氧情形，均未予注意亦未告知原告方面，更未給予剖腹之建議及處置，已有過失，之後更未持續監測胎心音之變化情形，誠有

違反醫師法第12條之1、醫療法第81條所規定之告知義務，
以及違反醫療常規之醫療疏失之處。

3.再者，原告甲出生後即有缺氧、呼吸窘迫之情形，被告方面
卻未給予氣管內管以緩解新生兒之呼吸狀態，以及抽吸新生
兒氣管中之胎便，致原告甲因缺氧導致缺氧性腦病變、急性
癲癇、聽力異常之極重度殘障之重傷害結果，顯有醫療疏
失：

(1)原告甲出生後即有缺氧、呼吸窘迫之情形，被告方面卻未給
予氣管內管以緩解其之呼吸狀態，造成原告甲缺氧狀態持續
且惡化，導致其缺氧性腦病變，自有過失之處：

①按依Williams產科學教科書所示，新生兒如有「氣袋與面罩
換氣無效時」「需要抽吸氣管時」等缺氧狀態時，即應給予
氣管插管之氣管內管放置。

②系爭第1次鑑定書亦提及「…依護理紀錄，104年1月7日05：
44嬰兒出生後，阮醫師發現嬰兒皮膚發紺、無啼哭、肌肉活
動力微弱，已解胎便，新生兒評估(Apgar Score)第1分鐘為
2分，第5分鐘為3分（滿分皆為10分），緊急予以吸球抽吸
羊水、給予氧氣5 mL及背部刺激，因治療後無反應…」，可
知原告甲於104年1月7日凌晨5時44分出生時有皮膚發紺等缺
氧之情形、無啼哭（表示沒有呼吸或呼吸微弱），且經給予
氧氣5 mL等治療後無反應，可知原告甲出生後經給予一般供
氧，已無法有效改善缺氧情形，依據上揭Williams產科學教
科書所示，即屬需給予氣管內管插管之處置，而此由之後永
和耕莘醫院有為新生兒進行插氣管內管之處置更足明之，可
見原告甲出生後即有缺氧、呼吸窘迫之情形，被告方面卻未
給予氣管內管以緩解原告甲之呼吸狀態，造成其缺氧狀態持
續且惡化導致其缺氧性腦病變，顯有應作為不作為之醫療疏
失。何況，一般婦產科診所內均規定需放置氣管內管之設
備，更證被告有應給予放置氣管內管之設備及能力卻未為
之，自有過失之處。

(2)且原告甲出生後，即有應放置氣管內管進行氣管抽吸氣管中

之胎便之情形，然被告亦未為之，致原告甲缺氧性腦病變之傷害結果更為嚴重，而受有極重度殘障之重傷害，顯有醫療疏失：

①另依據Neonatal Resuscitation教科書指出，在新生兒有「Meconium」（中譯：胎便）之情形下，僅有於新生兒需符合「很好之自主呼吸」和「良好之肌肉張力」以及「心跳大於100bpm」三項條件之時，才可被認為屬Vigorous（活力十足的），而才可僅用吸球及抽吸管給予口鼻抽吸胎便，「否則」就需要進行口鼻抽吸以及氣管抽吸（Suction mouth and trachea）胎便，而如要進行氣管抽吸，即需放置氣管內管始能為之。

②而縱承系爭第1次鑑定報告所述及之病歷紀錄可知，原告甲104年1月7日凌晨5時44分出生時係「已解胎便」（表示胎便已出現，新生兒有吸入胎便之可能），亦有皮膚發紺等缺氧之情形、無啼哭（表示沒有呼吸或呼吸微弱）、肌肉活動力微弱（表示肌肉張力差）心跳更僅約為30至40次/分（bpm），則依據上開Neonatal Resuscitation教科書以及Williams產科學教科書，即非屬有活力狀態，自需立即放置氣管內管進行氣管抽吸原告甲氣管中之胎便，以免其缺氧狀態之惡化，然被告卻未為之，僅給予吸球抽吸羊水，拖延至同日上午6時40分永和耕莘醫院救護車到達後，始進行氣管內管插管，使新生兒在持續呼吸動作長達一小時之時間內不斷受吸入氣管內胎便，持續傷害其肺部而造成更嚴重之缺氧狀態，致原告甲缺氧性腦病變之傷害結果更為嚴重，顯有過失甚明。

4.被告亦有違反緊急醫療救護法第36條規定，未妥適安排原告甲轉診至適當之醫療機構，以致原告甲因缺氧情形更為嚴重，導致缺氧性腦病變、急性癲癇、聽力異常之極重度殘障之重傷害結果：

(1)依永和耕莘醫院出院病歷摘要之記載：「After admitted to NICU, mechanical ventilator with IMV mode was empl

01 oyed for respiratory support」【中譯：入住新生兒重症
02 加護病房（NICU）後，採用IMV模式的機械呼吸器進行呼吸
03 支持】，可證原告甲出生後因有缺氧、呼吸窘迫之情形，而
04 確實有應立即給予氣管內管以緩解呼吸狀態，並經由氣管內
05 管進行氣管抽吸氣管中之胎便之必要，否則永和耕莘醫院不
06 會於救護車上就為新生兒置放氣管內管進行供氧，且入院後
07 再繼續將氣管內管接上機械呼吸器進行呼吸支持等相關處
08 置，更為可證。

09 (2)據此，被告於原告甲出生後即有缺氧、呼吸窘迫之情形，除
10 未依據醫療常規給予氣管內管以及抽吸新生兒氣管中之胎便
11 之疏失外，如無法提供該等適切之治療時，依據緊急醫療救
12 護法第36條第1項規定，自應「協助安排轉診至適當之醫療
13 機構」，而竟捨距離被告診所僅有2分鐘車程且設有新生兒
14 加護病房而顯具有新生兒氣管內管插管等之能力、設備之亞
15 東醫院不為，堅持要將原告甲送至與其具有合作關係之永和
16 耕莘醫院，致原告甲拖延至6時40分永和耕莘醫院救護車到
17 達後，才由永和耕莘醫院救護人員進行氣管內管插管，期間
18 已至少拖延近一小時之時間，亦因此致原告甲缺氧情形更為
19 嚴重，導致缺氧性腦病變、急性癲癇、聽力異常之極重度殘
20 障之重傷害結果。

21 (三)對於鑑定報告之意見：

22 1.衛福部醫審會第0000000號鑑定書(下稱系爭第3次鑑定書)：

23 (1)系爭第3次鑑定書指出，104年1月7日凌晨3時56分至4時32分
24 之胎兒監視器紀錄，於36分鐘內子宮收縮26次，屬於子宮有
25 過度刺激現象，被告及被告診所護理人員未就產婦胎心音予
26 以持續監測並列印監測數據，亦未找出子宮有過度刺激之原
27 因並處置，持續進行胎兒監視，皆不符合醫療常規。

28 (2)又被告亦未將於36分鐘內子宮收縮26次，屬於子宮有過度刺
29 激現象等臨床上所代表之意義告知原告方面，並給予進行剖
30 腹產之可供選擇處置建議，以及相關風險及利弊等告知，亦
31 有違反醫師法第12條之1、醫療法第81條所規定之告知義

務。

(3)且系爭第3次鑑定書鑑定意見亦已指出被告以吸球抽吸新生兒口鼻之羊水（可能含有胎便），更應放置氣管內管，被告診所本應備有氣管內管設備及能力，卻未為之，自亦有過失之處。

2.衛福部醫審會第0000000號鑑定書(下稱系爭第5次鑑定書)：

(1)由系爭第5次鑑定書鑑定意見(一)可知，若有監測胎心音，就可以及時發現發生窘迫的情形並及早處置，和本件結果有因果關係，但鑑定意見(二)的結論和(一)有矛盾。

(2)由鑑定意見(三)(四)可知，胎兒窘迫和原告甲母本身罹患蛋白質S缺乏症因素無關。

3.衛福部醫審會第0000000號鑑定書(按：應為第6次鑑定書，原告誤寫為第5次鑑定書)(下稱系爭第6次鑑定書)：

(1)由系爭第6次鑑定書鑑定意見(二)表示：「胎兒出生後皮膚發紺，沒有啼哭，肌肉活動力微弱，新生兒評分低，均有可能為胎兒窘迫的症狀。胎兒窘迫為一綜合徵候，此徵候發生時間長短與原因須依個案判斷，窘迫之程度與結果也依實際臨床判斷而定，本案胎兒娩出後出現之症狀可能為胎兒窘迫」，可知，胎兒就是有胎兒窘迫之情。

(2)況鑑定意見(一)表示：「依欣幼婦產科診所病歷所附胎兒監視器報表，104年1月7日03：56～04：32間，無胎兒窘迫，然其後迄胎兒娩出期間，並無持續胎兒監視器紀錄，無法判斷是否有產程中胎兒窘迫」；鑑定意見(二)表示：「然有胎兒監視器報表之期間無胎兒窘迫情形，無法認定胎兒窘迫時間過久」，顯示係因被告違反醫療常規未予監測及列印監測，所造成無法肯定之結果，不利益應由被告負擔。換言之，應由被告證明此段期間無胎兒窘迫，且依民法第184條第2項規定被告違反保護他人法律，應推定有過失。

(3)鑑定意見(三)指出「若在胎心音監測中發現胎兒窘迫之情形，依醫療常規，可視評估之可能原因作適當處理，包括加速胎兒娩出，並進行新生兒照護，以減輕或解除胎兒窘迫造成之

後遺症。」因此，被告在胎兒有明顯危險信號時未能給予適當的監測及介入，與胎兒出生後的窘迫現象之間存在著因果關係，這是明顯違反醫療常規的疏失。亦即，胎兒於出生後表現出胎兒窘迫的症狀，這種情況本來是可以透過持續胎心音監測及及早介入來避免的，自應由被告就此負責。

(四)原告請求權基礎：

1.侵權行為損害賠償責任：

(1)被告上開侵權行為，原告甲自得依民法第184條第1項、第2項、民法第193條第1項、民法第195條第1項前段向被告請求：

①因被告之侵權行為所增加之費用如下，僅請求100萬元。

編號	項目	期間	細項	
1	愛智發展中心 訓練費	105年8月1日至108年7月31日	訓練費	453,600元 (計算式：12,600元/每月×12月×3年=453,600元)
			車資	241,920元 (計算式：80元/單程×2來回×12次/月×3年=241,920元)
2	外婆照顧	106年1月至110年4月	照顧費 (含車資)	104萬元 (計算式：2萬元/月×52個月=104萬元)
3	早療復健			
3-1	世博診所	107年11月9日至110年3月22日	醫療費	3,050元
			車資	124,550元 (計算式：265元/單程×2來回×235次=124,550元)
3-2	新仁醫院	107年1月11日至110年3月16日	醫療費	4,930元
			車資	201,390元 (計算式：245元/單程×2來回×411次=201,390元)
3-3	新泰醫院	107年8月21日至110年10月	車資	97,350元 (計算式：165元/單程×2來回×295次=97,350元)
4	裕民國小附幼就學	108年至110年	車資	117,300元 (計算式：115元/單程×2來回×170次×3=117,300元)
5	矯正鞋	2歲至22歲		18萬元 (計算式：9,000元/每雙×20雙=18萬元)
6	助行器	2歲至22歲		75,000元 【計算式：12,500元/次×6次(每3-4年換1次，以20年6次計)=75,000元】
7	伊甸	居家服務費		79,937元
合計				2,288,157元

②喪失勞動能力減損：

A. 查原告甲因被告之醫療過失致罹有重度腦性麻痺，障礙等級為極重度障礙類別，原告甲到目前還沒有辦法自己行走和講

01 話，足徵原告因腦部受到嚴重損傷，已嚴重影響其思考能力
02 與行動能力，可認其已完全喪失勞動能力。

03 B. 雖目前原告甲尚未成年，故以其將來成年後取得最低基本工
04 資為計算基礎，請求以損害發生時即行政院104年發布之基
05 本工資20,008元為標準計算其勞動能力之損失，一年得請求
06 之勞動損失為240,096元（計算式：20,008元 $\times$ 12=240,096
07 元）。

08 C. 又依勞動基準法第54條第1項之規定，法定強制退休年齡為6
09 5歲，原告甲請求勞動能力損害計算至年滿60歲退休為止，
10 並無不可。原告甲從大學畢業22歲起開始計算至60歲退休時
11 為止，其尚可工作之期間約為38年，得請求勞動能力之損失
12 為9,123,648元（計算式：38 $\times$ 240,096=9,123,648），經依
13 霍夫曼計算法後，原告甲得請求勞動能力之損失為5,192,18
14 9元，僅請求200萬元，亦屬合理有據。

15 ③精神慰撫金200萬元：

16 A. 原告甲因被告醫療疏失造成極重度障礙，日常生活均需專人
17 照理，其身心均遭受極大之痛苦。

18 B. 原告甲得依民法第195條第1項，向被告請求精神慰撫金200
19 萬元。

20 (2)原告甲母、甲父請求精神慰撫金各100萬元：

21 ①因被告前述侵害行為，自原告甲出生後，不僅終日為原告甲
22 之未來發展惶然不安，原告甲母更時常以淚洗面，且為了照
23 顧發展遲緩之原告甲，不論從精神或物質都較一般正常嬰幼
24 兒付出更多之心力，已對原告甲母、甲父之保護及教養實施
25 造成額外負擔與支出，且因原告甲須終身仰賴他人照護，原
26 告甲母、甲父將難以享有原告甲日後扶持與孝親之情，其所
27 受痛苦及勞累實難以言喻，足徵被告侵害原告甲母、甲父與
28 原告甲間之基於父母子女關係之身分法益確屬情節重大。

29 ②原告甲母、甲父自得依民法第195條第3項，向被告請求因其
30 侵害所生之精神慰撫金各100萬元。

31 (3)原告上開請求金額合計為700萬元。

01 2.醫療契約債務不履行損害賠償責任：

02 (1)被告為被告診所之獨資負責人，而原告甲母係於被告診所接
03 受本件醫療處置，而與被告即被告診所成立醫療契約，而被
04 告對原告甲母所為未履行醫療契約債之本旨之相關行為及造
05 成之損害，已如上述。

06 (2)原告甲母亦得依據債務不履行之規定，請求被告即被告診所
07 依民法第227條、第227條之1等規定，負不完全給付之債務
08 不履行損害賠償之責。

09 3.原告甲母之訴為客觀重疊合併，鈞院如認為原告甲母上開數
10 項訴訟標的的一項為有理由，縱然其餘請求為無理由，仍請
11 依原告之聲明，為原告勝訴之判決。

12 (五)對被告答辯之意見：

13 1.被告稱並無隱匿病歷資料部分，與事實不符：

14 (1)依醫療法第70條第1項、第71條規定，原告產檢期間所拍攝
15 之相關超音波影像，亦屬檢查報告資料等「病歷」之一部，
16 且病歷資料依前揭規定係「至少保存7年」，而本件事發迄1
17 07年間法院要求被告提出上開資料，並未超過7年，故被告
18 辯稱「…該等超音波影像照片均於其歷次產前檢查後，交由
19 原告甲母及其家屬保管，故被告診所並無留存任何原告甲母
20 產檢期間所攝之超音波影像光碟紀錄」云云，更證其說法不
21 實，且與常情相違，否則豈非被告診所亦自承其已嚴重違反
22 醫療法之規定？而連此種診所常見之產檢超音波影像被告方
23 面都要有所隱匿，更證本件被告先前確有刻意隱匿原告「胎
24 兒監視器報表」等胎心音紀錄之情形。

25 (2)更且，原告甲母104年8月間乃依法向被告診所申請複製病
26 歷，而被告診所依據醫療法第71條之規定，即「應」提供病
27 歷全部之複製本，而此於生產之婦產科醫院，自當包含提供
28 與生產過程有重要相關之胎心音紀錄。更況，被告當時除並
29 無提供病歷全部之複製本（包括胎心音紀錄）外，事實上亦
30 僅提供原告「2頁護理資料」，已足證被告於當時已顯有刻
31 意隱匿病歷之情形，故被告辯稱「即於同年8月間假借因其

01 預備生第二胎…而被告擔任院長之被告診所即於第一時間將
02 含護理紀錄在內之病歷資料提供給原告，惟因原告甲父未特
03 別註明，因此當時依慣例並未提供胎心音監測等附屬紀錄」
04 云云，顯與事實不符。

05 2.被告係於104年1月7日凌晨4時32分至5時42分許均未進行胎
06 心音之監測，確有疏失之處：

07 (1)就被告所坦承「同日4時32分至5時」此段時間均無進行胎心
08 音監測部分，由被告所辯，適足反證本件被告確有未持續監
09 測胎心音之疏失：

10 ①就「同日凌晨4時32分至5時」期間，被告均未監測胎心音，
11 已為被告所自認，而被告雖辯稱：「…臥床並非有利於子宮
12 頸開展之姿勢，故如將近30分鐘之胎心音監測器顯示胎兒心
13 跳並無明顯異常時，即可取下讓孕婦下床走動或自由翻身，
14 以幫助產程」、「…根據美國婦產科學會之指導方針，於無
15 任何合併症之產婦，連續胎心音監測頻率建議使用方法為在
16 第一產程（指產痛開始至子宮頸全開），大約每30分鐘量1
17 次」云云，並無附具任何醫學文獻或其所稱之「美國婦產科
18 學會之指導方針」以為佐證，足見此僅為被告空言辯稱主
19 張，不足採信。

20 ②更況，原告甲母約於同日凌晨4時許起，其胎心音已有發生
21 減速等表示胎兒窘迫有缺氧情形之情形，故本件亦不符合被
22 告所稱「將近30分鐘之胎心音監測器顯示胎兒心跳並無明顯
23 異常」云云之情形，故就此適足反證被告未持續監測更有疏
24 失之處。

25 (2)就「同日凌晨5時許進入產房後至5時44分胎兒娩出」期間部
26 分：

27 ①縱由被告所辯系爭護理紀錄單觀之，其上至多僅有於同日凌
28 晨5時記載胎心音為「132bpm」，以及同日凌晨5時42分被告
29 到達時記載胎心音為「000-000bpm」之情形，並無被告所辯
30 稱「…此後原告進入產房後，胎心音均維持在『120至130bp
31 m』左右」之紀錄情形，被告所辯顯屬不實且模糊焦點之

詞，故被告據此再主張原告甲母自同日凌晨5時進入產房後迄至5時44分胎兒娩出之期間，胎心音監測器均裝置在原告甲母身上，以持續監控胎兒心跳云云，更屬片面主張之詞，不足採信。

②依民事訴訟法第277條規定，及參照最高法院18年度上字第1617號、28年度上字第1920號民事判例意旨，被告應負舉證責任。而查：

A. 被告為迴避以及隱藏其並未全程監測胎心音之事實，復辯稱被告診所方面係「…標準流程會於產房進行連續性胎心音監測，只是此時一般會將列印功能關掉，不作紀錄列印，然護理人員均會定時記錄於病歷上（假設胎心音出現異常發出警報訊號，監測器之列印功能則會立即被開啟列印）」云云，惟若依被告所辯觀之，被告診所何以要特意將胎心音監測器之「列印功能關掉」？被告就此並未說明。

B. 又且，被告診所當時使用之胎心音監測器，是否確有被告所稱「胎心音出現異常發出警報訊號，列印功能則會立即被開啟列印」之特殊設定情形？且此顯然與胎心音須持續監測、且不論有無異常均可以連續紀錄列印之常規情形不符，故上開被告所主張有利於己之變態事實，自應由被告舉證為之，惟被告均未提出證據，足證此僅為被告臨訟之辯詞。

C. 再者，縱由被告所辯，其亦無法否認「護理人員會定時記錄於病歷上」云云，然縱由系爭護理紀錄單觀之，原告甲母自「同日凌晨5時許進入產房後至5時44分胎兒娩出」期間，被告診所亦僅於進入產房時之同日凌晨5時許，以及被告於同日凌晨5時42分到達胎兒將娩出時，共紀錄過二次，且二者之間隔更長達42分鐘，則此是否符合被告所辯「護理人員定時記錄」之情形？有無違反常規之處？自亦應由被告舉證為之，惟被告均未提出證據，自不足採。

D. 且由被告僅單於系爭護理紀錄單記載之同日凌晨5時許、5時42分之胎心音情形，適足反證被告確無連續監測胎心音，蓋此紀錄至多僅能證明被告方面有於上開二個時點曾進行量測

01 胎心音，其餘時間則無，否則被告何需特意於病歷上記載此
02 二個時點之胎心音情形？

03 E. 更況，原告甲母於同日凌晨4時許至4時32分間胎心音紀錄，
04 已發生減速之胎兒窘迫等胎兒缺氧之現象，而如出現胎兒窘
05 迫，應立即行剖腹產結束分娩，且更應持續監測胎心音之變
06 化情形，而若被告方面未將胎心音監測結果以紙本紀錄連
07 續、即時列印，則被告究係要如何監測以及觀察原告甲母胎
08 心音有無發生減速或其他異常情形？在在足證本件被告所辯
09 應屬事後卸責之詞，不足為採，且縱依系爭第1次鑑定書觀
10 之，並無針對原告所主張被告「未全程進行胎心音監測」是
11 否符合醫療常規等情進行認定，被告所稱亦與事實不符。

12 F. 另被告診所「拔除」監視器與否，事實上並非重點，蓋監視
13 器有安裝於原告腹部並不代表即有開啟進行胎心音監測，此
14 由被告迄今亦不否認「同日凌晨4時32分至5時」其並未進行
15 胎心音監測可明，故同日凌晨5時許進入產房後，無論原告
16 印象中是何時「拔除」監視器（蓋事實上推入產房時，當時
17 狀況混亂且原告因生產而有疼痛不適），然由被告嗣後所提
18 出之胎心音紀錄，可知被告應該是於同日凌晨4時32分至5時
19 42分許均未進行胎心音之監測（無論監視器有無遭拔除），
20 而被告就此情形應屬明知，原告所述並無矛盾之處甚明。

21 G. 且就此，由被告診所護理人員護理師訴外人乙○○、證人丙
22 ○○於另案原偵查中無非先證稱：原告甲母104年1月7日凌
23 晨4時許住進被告診所待產，待產過程中，寶寶心跳都正
24 常，當天生產過程並無任何異常，且測胎心音的機器一直都
25 綁著云云，而係原告於取得胎心音紀錄並發覺胎心音紀錄並
26 未連續監測等異常之處，而提起刑事再議，並於鈞院審理時
27 主張後，被告始於鈞院107年2月1日開庭審理中改稱有所謂
28 「暫停監測」、證人丙○○復於新北地檢署107年2月5日到
29 庭並改稱「不會一直監測」等語，更足證被告方面前後反
30 覆，且先前係刻意隱瞞胎心音紀錄並未連續監測之事實。

31 H. 另依據原告之印象，於進入產房至原告甲娩出、進行急救期

間，除乙○○、證人丙○○外，另至少有2位護理人員在場，惟被告竟稱「診所之全部護理人員為護士丙○○小姐，及生產後育嬰室護理師乙○○二人」云云，顯屬不實而有刻意隱瞞另有他人在場之情形，併此陳明。

3.被告之過失明確，且與胎兒缺氧確有因果關係，被告為圖卸責，辯稱係因原告甲母罹患蛋白質S缺乏症導致，姑不論醫學上並未有孕婦罹患蛋白質S缺乏症會導致胎兒缺氧的實證，且由原告甲母於110年2月誕下一名健康寶寶，益證被告所辯毫無可採：

(1)本件非常明顯的在104年1月7日凌晨5時至5時44分原告甲出生這段時間並未監測記錄，而同日凌晨5時44分原告甲出生後立即是缺氧的狀態，同日凌晨5時至5時44分之間的生產過程中有導致腹中胎兒缺氧的因素（被告並未在現場掌握狀況，尤其是生產後期胎心音機器一直鳴叫，該助產士卻以胎兒亂動不好偵測為由，將其拆除），由於未監測胎心音，造成無法即時掌握生產異常，被告亦未能立即判斷採取妥適之處置與生產方式，如剖腹，因此被告及助產士之疏失與胎兒缺氧是有因果關係。

(2)而醫學上並未有孕婦罹患蛋白質S缺乏症會導致胎兒缺氧的實證，而且原告甲檢驗結果並未遺傳此病症，原告甲母於110年2月23日誕下一名健康寶寶，新生兒評分第一分鐘為9分，第五分鐘為10分，而且自費各項健康檢查皆正常，檢驗亦未遺傳此病症，故由此亦可見胎兒出生缺氧與產婦有無蛋白質S缺乏症完全沒有關係。

4.另被告所提出之刑事不起訴處分，尚未審酌鈞院後來再送醫審會鑑定之鑑定書意見，且刑事與民事之舉證責任亦屬不同，自不得比附，作為本件認定之依據。再者，因被告之不作為，違反醫療常規，造成因果關係若有未明之處，依最高法院101年度台上字第1809號民事判決意旨，應由被告舉證證明。然由卷內資料及歷次醫審會鑑定，被告均無法證明被告違反醫療常規之處不會造成原告傷害之結果，則被告當應

01 負損害賠償之責任甚明等語。

02 並聲明：(一)被告應給付原告甲500萬元、原告甲母100萬元、
03 原告甲父100萬元，即均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日
04 止，按年息5%計算之利息。(二)原告願供擔保，請准宣告假執
05 行。

06 二、被告則以：

07 (一)被告為原告甲母接生，乃至於原告甲甫出生後之處置過程，
08 均符合醫療常規，另被告嗣後將原告甲轉送至永和耕莘醫
09 院，被告當時就轉院所為之判斷，亦無疏失可言：

10 1.按照一般醫療流程，現場護理人員會隨時通知醫師，告知產
11 婦當時狀況。

12 2.本件原告甲母係於104年1月7日凌晨4時許，因下腹疼痛、有
13 落紅現象而到被告診所待產，經值班護理師檢查有規律性子
14 宮收縮，且子宮頸已開3公分，符合住院待產之條件，乃通
15 知被告，並依被告囑咐安排原告甲母住院待產。當時胎心音
16 監測器顯示，子宮收縮有1至2分鐘收縮一次，胎兒胎心音自
17 3時56分至3時34分均屬穩定正常(000-000bpm)。由於原告甲
18 母產程進展快速，至4時35分時，子宮頸已開6公分，乃至同
19 日凌晨5時0分許，原告甲母子宮頸已接近全開(9公分)後，
20 被告診所值班護理師乃將原告甲母送進產房，並通知被告，
21 被告即以電話囑咐值班護理師從5時0分起至5時40分教導原
22 告甲母如何用力，然經過40分鐘後，原告甲母顯已疲憊而不
23 能正確用力，值班護理師乃通知被告，被告隨即於同日凌晨
24 5時42分抵達產房，為原告甲母接生，故上開流程均完全符
25 合正常醫療程序，合先陳明。

26 3.被告於同日凌晨5時42分到產房後，鑑於原告甲母當時狀況
27 已無法正確用力生產，且胎頭已在陰道口，衡諸原告甲母本
28 身患有凝血功能障礙，故被告當下本於專業考量，乃決定採
29 用「真空吸引」為原告甲母接生，繼而於同日凌晨5時44分
30 產下新生兒即原告甲（按：被告採行「真空吸引」為原告甲
31 母接生，胎兒一次旋即生出，足證該接生方式確有其必要

01 性，並無原告所空言「產程延宕過久」云云之情。

02 4.且整個生產過程，包含值班護理師在產房教導原告甲母如何
03 用力之過程，原告甲母身上都有胎心音監測器連續監測胎兒
04 心跳，所顯示胎兒心跳亦在000-000bpm之正常範圍，絕無原
05 告所謂「診所人員直接將胎心音監視器拔掉」云云等虛妄情
06 節）。

07 5.詎原告甲甫出生後並未啼哭且無活力，甚而心跳緩慢，因此
08 被告當下見狀隨即給予原告甲氧氣5 mL，惟原告甲背部刺激
09 和抽吸羊水後仍無反應（按：原告甲當時心跳為每分鐘30-4
10 0bpm左右），故被告施行CPR（心肺復甦術），並持續給予5
11 mL氧氣，復於同日凌晨5時50分為原告甲施打強心針，嗣原
12 告甲之心跳始轉趨正常，惟鑑於被告診所並無小兒加護病
13 房，被告當下乃於同日凌晨5時51分通知永和耕莘醫院派遣
14 救護車後送轉院事宜（按：永和耕莘醫院向被告表示當日新
15 生兒加護病房有空床位，並可安排小兒科專科醫師團隊來接
16 嬰兒），俾由永和耕莘醫院為原告甲進行後續醫療照護。

17 6.嗣在永和耕莘醫院之救護車抵達前之期間，被告持續為原告
18 甲施予CPR、氧氣5 mL及前後施打4次強心針之緊急處置後，
19 同日上午6時5分許，原告甲有發出「哼哼哼」的聲音，情況
20 看起來較為好轉，迨至同日上午6時15分許，原告甲之心跳
21 已恢復為每分鐘110-120bpm左右，其心跳顯已漸趨正常，嗣
22 永和耕莘醫院救護車及小兒科醫師團隊於同日上午6時40分
23 抵達時，原告甲之心跳已為每分鐘120-125bpm左右，斯時永
24 和耕莘醫院林明弘醫師為新生兒執行氣管插管給氧氣5 mL，
25 而後救護車於同日上午6時55分離開被告診所而將原告甲轉
26 院至永和耕莘醫院。

27 7.至於原告甲母指摘原告甲甫出生時腦部有缺氧一節，被告當
28 時目睹原告甲出生後有活力不佳、未啼哭及心跳緩慢之情
29 狀，乃立即為伊進行前揭緊急處置，故無法當下即判斷原告
30 甲是否有缺氧之情形，惟如前所述，永和耕莘醫院之救護車
31 抵達以前，原告甲之心跳已轉趨正常，嗣永和耕莘醫院救護

01 車及小兒科醫師團隊抵達時，原告甲之心跳已為每分鐘000-
02 000bpm左右，職是，被告對於原告甲出生後所為之緊急處置
03 過程，均符合醫療常規，被告實已竭盡最大努力對於原告甲
04 為適當之照護。

05 8.另就被告安排原告甲轉院後送一節，原告甲母指摘被告當時
06 何以未將原告甲轉至距離較近之亞東醫院，而係選擇轉院至
07 永和耕莘醫院等語，此乃鑑於永和耕莘醫院係通過臺北市政
08 府衛生局認證之「大台北地區新生兒轉診責任醫院」，通常
09 可最快得知是否有床位，且會派遣小兒科專科醫師團隊及救
10 護車來接新生兒，可以對新生兒進行最完善之照護，故被告
11 本於上開專業考量，乃與永和耕莘醫院聯絡轉院事宜，該院
12 亦向被告表示當日新生兒加護病房有空床位，並可安排小兒
13 科專科醫師團隊來接嬰兒，是原告空言被告與永和耕莘醫院
14 具有所謂合作關係云云，絕非事實；反觀亞東醫院雖有新生
15 兒加護病房，但根據以往記錄，該院回覆較慢且常無床位，
16 並且無小兒科醫療團隊可以隨車來接新生兒，新生兒轉院途
17 中無法得到最好的照顧，故被告當下對於原告甲轉院所為之
18 決斷，純係考量原告甲能得到最妥善之醫療資源及照護，且
19 原告甲母在提出上開疑問後，被告當下即與原告甲母說明理
20 由，原告甲母聽完後即未再就此表示意見，絕無原告所稱被
21 告不顧原告焦急請求而拒絕，抑或覆以無法配合，一切結果
22 要原告自負云云等虛妄情節，殊不能因原告甲嗣後轉至永和
23 耕莘醫院後情況惡化，復轉院至臺大醫院後，發生腦部病變
24 之結果，即遽然以該結果，反推被告對於原告甲所為之上開
25 緊急處置，以及對於轉院之決斷有所疏失所致。

26 (二)有關原告指控被告有「隱匿未提出完整病歷資料」云云，惟
27 原告甲母於000年0月0日生產後，即於同年8月間假借因其預
28 備生第二胎，臺大醫院亟需伊前次生產之病歷資料為由（實
29 係欲作為日後對被告提出刑事告訴之用），由伊配偶即原告
30 甲父向被告診所申請調閱原告甲母個人之病歷資料，而被告
31 診所即於第一時間將含護理紀錄在內之病歷資料提供給原告

01 甲父，惟因原告甲父未特別註明，因此當時依慣例並未提供
02 胎心音監測等附屬紀錄，是以，就被告或被告診所而言，當
03 時根本不知原告申調其個人病歷資料係用以對被告提出刑事
04 告訴，何來「隱匿」或提供所謂「不完整」之病歷資料給原
05 告？甚或有原告所誣指提供「不完整」病歷資料給鈞院及新
06 北地檢署之情？

07 (三)原告指控被告隱匿未提出完整病歷資料，無非針對「胎兒監
08 視器報表」所示胎心音紀錄之紙本僅列印至104年1月7日凌
09 晨4時32分左右，其後並無相關之紙本紀錄，惟查：

10 1.原告甲母於同日凌晨4時入院待產後，被告診所護理人員隨
11 即為伊裝上胎心音監測器，以監測胎兒心跳，依據系爭護理
12 紀錄單所載內容，同日凌晨4時5分時之胎兒胎心音為「138b
13 pm」，迨至同日凌晨4時35分時之胎兒胎心音則為「126bp
14 m」，由於當時均一切正常，即先暫停胎心音監測，讓原告
15 甲母活動，以幫助產程（註：裝置胎兒監視器時，該待產孕
16 婦必須臥床，且將機器放置在腹部位置，故除會造成孕婦身
17 體若干壓迫之不適外，且就待產孕婦而言，子宮頸尚未開到
18 一定程度，將導致產程延長，而臥床並非有利於子宮頸開展
19 之姿勢，故如將近30分鐘之胎心音監測器顯示胎兒心跳並無
20 明顯異常時，即可取下讓孕婦下床走動或自由翻身，以幫助
21 產程）。

22 2.根據美國婦產科學會之指導方針，於無任何合併症之產婦，
23 連續胎心音監測頻率建議使用方法為在第一產程（指產痛開
24 始至子宮頸全開），大約每30分鐘量1次。迨至同日凌晨5時
25 （即距離前次監測約30分鐘後），被告診所護理人員欲再次
26 進行胎心音監測時，發現原告甲母子宮頸已接近全開（9公
27 分），有強烈便意感，被告診所護理人員乃將原告甲母送進
28 產房，按照標準作業程序，產婦進入產房後至胎兒分娩之過
29 程，護理人員均會全程為產婦裝上胎心音監測器監測，而依
30 據系爭護理紀錄單所示內容，同日凌晨5時斯時之胎兒胎心
31 音為「132bpm」，此後原告甲母進入產房後，胎心音均維持

01 在「120至130bpm」左右，被告診所護理人員斯時並通知被
02 告，被告從同日凌晨5時起即以電話囑咐被告診所護理人員
03 教導原告甲母如何用力，嗣至同日凌晨5時40分，原告甲母
04 顯已疲憊而不能正確用力，被告即於同日5時42分抵達產
05 房，斯時胎心音仍在「120至130bpm」左右，是綜合系爭護
06 理紀錄單所載內容，足徵原告甲母自同日凌晨5時進入產房
07 後迄至5時44分胎兒娩出之期間，胎心音監測器均裝置在原
08 告甲母身上，以持續監控胎兒心跳，至為明確。

09 3.至原告指控該胎心音紀錄（紙本）僅至同日凌晨4時32分左
10 右，進而指控被告診所有所謂「隱匿未提出完整病歷資料」
11 云云，甚或臆測被告診所有所謂「將胎心音監測器拔除」云
12 云等情；惟同日凌晨4時35分時之胎兒胎心音為「126bp
13 m」，由於當時一切正常，即先暫停胎心音監測，讓原告甲
14 母活動，以幫助產程，此係符合一般醫療常規。然而同日凌
15 晨5時被告診所護理人員將原告甲母送進產房後（原告甲母
16 之子宮頸已開9公分），按照標準作業程序，原告甲母自進
17 入產房後至同日5時44分胎兒分娩之期間，被告診所護理人
18 員均全程為原告甲母裝置胎心音監測器監測胎兒心跳，此期
19 間若胎兒心跳異常（低於100bpm或高於180bpm），監測器會
20 發出警報訊號，因為按前述醫療常規，產婦於待產過程中，
21 只需進行間歇性胎心音監測，但被告診所之標準流程會於產
22 房進行連續性胎心音監測，只是此時一般會將列印功能關
23 掉，不作紀錄列印，然被告診所護理人員均會定時記錄於病
24 歷上（假設胎心音出現異常發出警報訊號，監測器之列印功
25 能則會立即被開啟列印），斷不可能因同日凌晨5時至5時44
26 分未有列印胎心音紀錄紙本，即臆測被告診所有所謂「隱匿
27 未提出完整病歷資料」云云，甚或妄自臆測有所謂「將胎心
28 音監測器拔除」云云等情。

29 4.蓋該段時間未有列紙本，並不代表被告診所將胎心音監測器
30 拔除或未監測胎兒心跳，否則系爭護理紀錄單所載胎心音紀
31 錄，豈會明確記載：同日凌晨5時之胎心音為132bpm、凌晨5

01 時42分被告到達產房時之胎心音為120bpm至130bpm等內容。

02 5.由於同日凌晨5時42分被告抵達產房接生時，胎兒頭部已接
03 近陰道口，經被告評估後以「真空吸引器」輔助原告甲母生
04 產，此時被告診所護理人員為協助按壓原告甲母肚子，以幫
05 助胎兒分娩，乃先將胎心音監測器上方之子宮收縮器探頭卸
06 下，然胎心音監測器探頭始終裝置於原告甲母身上，嗣原告
07 甲母旋即於同日凌晨5時44分娩出男嬰即原告甲，故而，上
08 開生產之過程，俱符合醫療常規，並經系爭第1次鑑定書是
09 認在卷，是原告指控被告診所於原告甲出生前10分鐘即將胎
10 心音監測器拔除而未監測胎兒心跳云云，實屬嚴重誤解。

11 6.更何況，原告一再以「胎兒監視器報表」所示胎心音紀錄
12 （紙本）僅列印至同日凌晨4時32分左右，指控被告或被告
13 診所「隱匿未提出完整病歷資料」，甚或指控被告或被告診
14 所「拔除胎心音監測器」云云之論據，然對照原告前指控被
15 告診所於原告甲出生前10分鐘即將胎心音監測器拔除而未監
16 測胎兒心跳之說詞，反而佐證原告甲母於同日凌晨5時送入
17 產房後，被告診所護理人員確有為原告甲母裝置胎心音監測
18 器監測胎兒心跳，是以，原告嗣後執「胎兒監視器報表」所
19 示胎心音紀錄僅列印至同日凌晨4時32分左右，與伊所謂
20 「胎心音監測器遭拔除」之前後說法相較，其前後時間點豈
21 不自相矛盾，益證其上開說詞難以憑採。

22 7.綜上，被告診所護理人員於產房教導原告甲母用力之過程，
23 乃至於胎兒分娩之過程，原告甲母身上確有裝置胎心音監測
24 器監測胎兒心跳，且被告於凌晨5時42分抵達產房時，胎兒
25 心跳均顯示在正常範圍內（000-000bpm），並無原告所指控
26 「隱匿未提出完整病歷資料」或「將胎心音監測器拔除」等
27 情，應予以澄清與說明。

28 (四)原告稱「被告遲至原告甲母住院後近2小時始抵達診所」云
29 云，原告甲母自104年1月7日凌晨4時入院待產後，至伊於同
30 日凌晨5時進入產房，乃至證人丙○○於同日凌晨5時40分通
31 知被告到達產房之前，證人丙○○均有將原告甲母之狀況回

01 報被告，此有證人丙○○證述可參。

02 (五)另就原告稱「被告未給予剖腹建議及處置」云云，甚或原告
03 甲母所稱「伊欲改剖腹產」云云，亦據證人丙○○證述：

04 「我記得被告沒有提到剖腹產這件事情。」等語；何況，原
05 告甲母到院待產時，證人丙○○已依標準流程向原告夫妻解
06 釋並交付審閱之「陰道分娩告知同意書」，亦已充分告知嗣
07 後生產可能狀況，且經渠等閱覽後，由原告甲母之配偶即原
08 告甲父簽署，實已授權醫師得視生產過程及產婦當時狀況，
09 本於專業評估決定採行何種手術以協助生產，故原告事後執
10 「伊欲改剖腹產」云云為由，作為被告為伊接生時未告知或
11 建議伊剖腹，而有過失之情，殊屬無據。

12 (六)而醫療過程中，個別就醫者之具體疾病、病程進展及身體狀
13 況等主、客觀條件，原本不一，又不時會有急遽變化，尤其
14 存在斟酌、取捨之事項，醫師如何選擇在最適當之時機，採
15 取最適宜之醫療方式進行醫療處置，本屬臨床專業醫師裁
16 量、判斷之範圍，醫學理論如同其他科學般存有各項討論空
17 間，且人體非機械，醫學乃經驗科學，醫界經由臨床醫療經
18 驗之累積，如醫師就此所為斟酌、取捨之處置，確有其醫學
19 根據，即不能因醫師採取伊所認最適當、最有利於就醫者之
20 醫療方式，摒除其他，即遽認有所謂「違反醫療常規之疏
21 失」。準此，原告甲母對於被告相繼提出本件民、刑訴訟
22 後，即不斷擴張伊指摘本件爭執事項之範圍，衡之原告先係
23 針對伊生產後，被告對於原告甲之「急救處置方式」有所謂
24 醫療疏失，其後針對被告將原告甲「轉診醫院之選擇」（即
25 被告將原告甲轉診至永和耕莘醫院）有違反醫療常規而延誤
26 救治，嗣又將爭執事項擴張至伊於入院待產期間，被告診所
27 有所謂「將胎心音監測器擅自拔除」，甚或「被告未告知或
28 建議伊剖腹」等種種醫療過失，顯係欲就上開各個醫療過程
29 與細節，逐一指摘，果係如此，乃原告所指摘之上開各個醫
30 療過程與細節，究竟何項原因，與本件結果之發生（即原告
31 甲嗣後轉院至永和耕莘醫院後，復轉院至臺大醫院，最後發

生腦部病變之結果)有相當因果關係?

(七)就衛福部醫審會系爭第1次鑑定書、第0000000號鑑定書(下稱系爭第2次鑑定書)、系爭第3次鑑定書,意見如下:

1.系爭第1次鑑定書鑑定意見:

(1)依病歷所附胎兒監視器報表,待產期間胎兒心跳速率正常,待產時雖有早期心跳減速,但屬正常範圍。

(2)本案產婦自104年1月7日凌晨4時5分待產至凌晨5時生產期間,被告診所護理人員有進行內診檢查及生理評估,原告甲母子宮頸口由3公分擴張至9公分,屬於正常之子宮頸口擴張進展。故被告之醫療處置符合醫療常規,並未有缺失之處。

(3)被告於原告甲母待產過程是否留在醫院,並不影響上述之處置。被告是否親自留院檢視原告甲母待產過程狀況,與導致嬰兒缺氧無關。

(4)真空吸引器使用之禁忌症,包括早產兒、胎兒凝血功能不佳、胎頭位置太高、不正常胎位等。本案依病歷紀錄,嬰兒並無上述狀況,而真空吸引器在產婦無法有效施力讓胎頭順利下降時,即適合使用。依系爭護理紀錄,104年1月7日凌晨5時原告甲母於子宮頸開全且有便意時,由被告診所護理人員送至產房教導用力閉氣用力,至凌晨5時40分原告甲母向被告診所護理人員主訴已無力氣用力,故於同日凌晨5時42分由被告以真空吸引器輔助產婦經產道產下一男嬰,上開生產之過程符合醫療常規。

(6)以上可徵被告確實符合醫療常規所要求之注意義務。

(7)原告甲母產下原告甲後,嗣後轉院至臺大醫院,入院診斷為新生兒缺氧,醫師安排新生兒接受腦部磁共振造影檢查,其結果發現右額葉、兩側顳葉、兩側項枕葉頭皮有廣泛性腫大,懷疑右側額頂葉區上有頭部血腫,醫師臆斷為腦部基底核發生缺氧傷害。實則,依據婦產科醫學文獻之相類似案例,孕婦本身如患有血友病(即先天性凝血功能障礙),其胎兒出生時,有較高之風險產生腦部梗塞性或壞死之病變(如同成人之中風),故依婦產科醫學文獻針對相類似案例之情況,

01 均不排除胎兒出生時即有早發性腦中風。準此，原告甲母本
02 身即患有先天性蛋白質S病變（即血友病），其於懷孕期
03 間，皆於臺大醫院接受醫療照顧，其胎兒出生時產生之腦部
04 病變結果，並非一定為其所謂生產時缺氧所造成，因此，系
05 爭第1次鑑定意見始認定：「本案依病歷紀錄，僅能得知有
06 缺氧性腦病變之發生，無法推估造成缺氧之原因。」「本案
07 依欣幼診所病歷紀錄，產婦在例行產檢時並未發現異常，且
08 胎兒預估體重均在正常範圍，且出生體重2764公克亦屬正
09 常，故嬰兒出生時，當時胎兒窒息缺氧為無法預見之狀
10 況。」等語。

11 2.系爭第2次鑑定書鑑定意見：

12 (1)原告甲母另案指訴被告就本件涉犯業務過失傷害部分，前經
13 臺灣高等檢察署發回新北地檢署續行偵查後，新北地檢署頃
14 已偵查終結，認仍應對被告為不起訴之處分，有新北地檢署
15 檢察官106年度調醫偵續字第4號不起訴處分書可稽，新北地
16 檢署依職權調取本件相關病歷等資料，特就原告甲母所指
17 「胎兒心跳早期、晚期減速」一節之相關爭點，再次檢送函
18 請衛福部醫審會進行鑑定，而作成系爭第2次鑑定書。

19 (2)綜合系爭第2次鑑定書鑑定意見，新北地檢署檢察官乃據以
20 認定：「足見告訴人（即原告甲母）所指訴之自104年1月7
21 日4時起，胎兒有晚期心跳減速之情形，核與胎心音監測紀
22 錄所示不符，且依據前揭胎心音監測紀錄顯示，胎兒當日係
23 呈現早期減速之現象，為屬產程正常現象，此時醫師應採取
24 保持觀察作為，故難認被告有何處置不當之情事…」等語，
25 誠屬信而有據。

26 3.系爭第3次鑑定書鑑定意見：

27 (1)系爭第3次鑑定書係就兩項鑑定事由：「(一)本件被告及護理
28 人員未就原告甲母胎心音持續予以監測並列印監測數據，是
29 否符合醫療常規？(二)本件被告及護理人員未對新生兒甲給予
30 氣管內管及抽吸胎便等處置，是否符合醫療常規？」進行鑑
31 定，細稽上開鑑定書針對鑑定事由(二)部分，該鑑定意見固然

載以：「…以欣幼診所之醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況，該診所之阮醫師及護理師對新生兒所為之呼吸道照顧處置，符合醫療常規。」等語。惟針對鑑定事由(一)部分，鑑定意見則載以：「…產程中胎心音監測，並不須持續性地施行。但依欣幼診所病歷資料所附之胎兒監視器報表，107年1月7日04：00產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其間雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化，然03：56～04：32之胎兒監視器紀錄，於36分鐘內子宮收縮26次，屬於子宮有過度刺激現象，此時適當之處置應為：1.找出子宮有過度刺激之原因並處置；2.持續進行胎兒監視。因此，阮醫師及護理人員未就產婦胎心音予以持續監測並列印監測數據，不符合醫療常規。」云云，此結論係建立在錯誤之事實為前提（即假設「被告及護理人員未就甲母胎心音持續予以監測」之前提事實）得出所謂「不符合醫療常規」之結論；申言之：

- ①由證人丙○○於鈞院就產婦入院待產之流程一節結證可知，原告甲母自入院待產後，被告診所即依一般流程為伊裝上胎心音監測器，以監測胎兒心跳，此觀系爭護理紀錄單紀錄之內容：107年1月7日凌晨4時05分之胎兒胎心音為「138bpm」，迄至凌晨4時35分之胎兒胎心音為「126bpm」足稽。
- ②又每位自然產之產婦待產過程時間差異性極大（從數小時至超過一天之情形，所在多有），而胎心音監測器主要目的是監控胎兒心跳是否有異常，而決定是否採行其他生產方式，然因裝上胎心音監測器時，產婦必須臥床，且須將儀器裝置於腹部位置，故除會造成產婦身體若干壓迫之不適外，就待產之產婦而言，子宮頸未開到一定程度，將導致產程延長，而臥床並非有利於子宮頸開展之姿勢，故如經過30分鐘後之胎心音監測器顯示胎兒心跳並無明顯異常時，即可暫時取下讓產婦可離床走動或自由翻身，此時胎心音監測即會暫停（此稽之上開鑑定意見，亦肯認：「產程中胎心音監測，並不須持續性地施行…107年1月7日04：00產婦待產期間胎兒

心跳速率正常，其間雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化。」等語即明），故依證人丙○○於鈞院證詞，原告甲母於107年1月7日凌晨4時入院待產後迨至伊進入產房以前，除於同日凌晨4時30分以後約30分鐘讓原告甲母稍作休息而先暫停胎心音監測外，證人丙○○均有為原告甲母綁上胎心音監測器，至為灼明。

③迨至同日凌晨5時（即距離前次監測約30分鐘後），證人丙○○再次繼續進行胎心音監測時，發現原告甲母子宮頸已接近全開（9公分），乃將伊送進產房，按照標準作業程序，產婦進入產房後至胎兒分娩之產程，護理人員均會全程為產婦裝上胎心音監測器，產房期間之胎心音監測紀錄一節，業據證人丙○○證述及系爭護理紀錄單所載，原告甲母於同日凌晨5時進入產房當時，證人丙○○經由胎心音監測器而於系爭護理紀錄單記載胎心音為「132bpm」，此後於產房期間，經由胎心音監測器偵測胎兒之胎心音均維持在「120至130bpm」左右，嗣被告於同日凌晨5時42分抵達產房時，證人丙○○即依據伊從頭至尾目視到胎心音呈現之上下起伏及範圍，於系爭護理紀錄單記載胎心音為「120至130bpm」之緣由。是徵原告甲母自同日凌晨5時進入產房至5時44分胎兒娩出之期間，胎心音監測器始終裝置在伊身上，以持續監控胎兒心跳，直到新生兒即原告甲出生後方將之取下，且整個產程以胎心音監測器監測之胎兒心跳速率，均維持在正常範圍內。

④綜合上述，證人丙○○除於同日凌晨4時30分以後（當時胎心音速率仍在正常範圍，一直未見異常變化，業經上開鑑定意見所肯認）約30分鐘讓原告甲母稍作休息而先暫停胎心音監測外，嗣同日凌晨5時原告甲母進入產房迄至5時44分胎兒娩出期間，證人丙○○均有為原告甲母綁上胎心音監測器，以持續監測胎兒之心跳速率。此等事實，與上開鑑定事由（一）所稱「本件被告及護理人員未就原告甲母胎心音持續予以監測並列印監測數據」所假設之前提事實，兩者情形未盡相同。從而，上開鑑定事由（一）假設之前提事實，似有誤導被告

01 及證人丙○○於同日凌晨4時30分以後，含原告甲母於同日
02 凌晨5時進入產房以後迄至凌晨5時44分胎兒娩出之期間，即
03 未再就原告甲母胎心音持續予以監測之嫌（至於產房內未列
04 印監測胎心音數據，不代表產房內未就產婦胎心音予以監
05 測），其遽認「不符合醫療常規」之結論，明顯過於率斷。

06 (2)系爭第3次鑑定書並未推翻或否定系爭第1次鑑定書、系爭第
07 2次鑑定書之鑑定意見，實應整體觀察，三者之鑑定意見無
08 從割裂；申言之：

09 ①按系爭第3次鑑定書，僅係補充系爭第1次鑑定書、系爭第2
10 次鑑定書未臻明確之部分，並非推翻或否定系爭第1次鑑定
11 書、系爭第2次鑑定書。

12 ②基上，細稽系爭第1次鑑定書之鑑定意見，已詳細說明：

13 「(一)1.…故胎兒出生時窒息缺氧，為無法預見的狀況。2.…
14 阮醫師對產婦之診療已盡醫療上之注意，未違反醫療常規。

15 (二)…依病歷所附胎兒監視器報表，待產期間胎兒心跳速率正
16 常，待產時雖有早期心跳減速，但屬正常範圍。另本案產婦
17 自104年1月7日04：05待產至05：00生產期間，護理人員有
18 進行內診檢查及生理評估，產婦子宮頸口由3公分擴張至9公
19 分，屬於正常之子宮頸口擴張進展。故阮醫師之醫療處置符
20 合醫療常規，並未有缺失之處。(三)…依護理紀錄，104年1月
21 7日05：00產婦於子宮頸開全且有便意時，由護理人員送至
22 產房教導用力閉氣用力，至05：40產婦向護理人員主訴已無
23 力氣用力，故於05：42由阮醫師以真空吸引器輔助產婦經產
24 道產下一男嬰，上開生產之過程符合醫療常規。(四)1.…以本
25 案轉診至永和耕莘醫院之時間而論…時間約30分鐘，其轉院
26 流程上並未違反醫療常規而延誤救治。2.…進行急救處置
27 後，於05：51緊急連絡永和耕莘醫院進行轉院，尚未發現有
28 延誤情形，且未違反醫療常規。3.…在轉診醫院之選擇上，
29 尚難認有違反醫療常規。(五)1.新生兒窒息導致缺氧性腦病變
30 之可能原因有很多，且大部分為無法確定。本案依病歷紀
31 錄，僅能得知有缺氧性腦病變之發生，並無法推估造成缺氧

之原因。2.…本案依欣幼診所病歷紀錄，產婦在例行產檢時並未發現異常，且胎兒預估體重均在正常範圍，且出生體重2764公克亦屬正常，故嬰兒出生時，當時胎兒窒息缺氧為無法預見之狀況。3.…於05：42由阮醫師以真空吸引器輔助產婦經產道產下一男嬰，該生產過程符合醫療常規，故生產過程與導致嬰兒缺氧無關。4.…故阮醫師於產婦待產過程是否留在醫院，並不影響上述之處置。阮醫師是否親自留院檢視產婦待產過程狀況，與導致嬰兒缺氧無關。」等語。

③由是以觀，縱令系爭第3次鑑定書就其鑑定事由(一)之鑑定意見，遽認「阮醫師及護理人員未就產婦胎心音持續予以監測並列印監測數據，不符合醫療常規」云云，仍不影響系爭第1次鑑定書就上開產檢、待產、生產過程，乃至生產後之後續處置等環節，被告均符合醫療常規之認定，與原告甲母產下新生兒即原告甲，嗣後轉院至臺大醫院後發生腦部病變之結果，兩者並無因果關係，至為灼明。

④再者，佐以系爭第2次鑑定書之鑑定意見：「(三)1.早期心跳減速為胎兒心跳週期性速率減慢，而開始減慢時間點及子宮收縮開始之時間點同時，減慢之谷底亦正對應在子宮收縮強度最強的時間點，並且隨著子宮收縮結束，減慢之心跳速率同時亦回復至正常速率。2.早期心跳減速於臨床上代表意義為：胎頭受到子宮收縮壓迫所產生，屬產程中之正常現象。3.胎心音監測紀錄出現早期心跳減速情形，大多發生在胎頭位置已下降至產道下段較狹窄處，容易在子宮收縮時受到壓迫而產生。臨床觀察到早期心跳減速時，不需進行特殊處置，因其屬於自然產程中之正常現象。4.依檢附之胎心音紀錄，可觀察得知自104年1月7日04：02、04：04、04：06、04：07、04：10、04：12、04：15、04：16、04：20、04：21、04：22、04：27、04：30、04：32均有出現早期心跳減速現象。」等語，而證人丙○○除於107年1月7日凌晨4時30分以後約30分鐘讓原告甲母稍作休息而先暫停胎心音監測外，嗣同日凌晨5時原告甲母進入產房迄至凌晨5時44分胎兒

01 娩出期間，證人丙○○均有為原告甲母綁上胎心音監測器，
02 以持續監測胎兒之心跳速率，此應符合系爭第2次鑑定書之
03 鑑定意見，詎系爭第3次鑑定書就其鑑定事由(一)之鑑定意
04 見，遽認「阮醫師及護理人員未就產婦胎心音持續予以監測
05 並列印監測數據，不符合醫療常規」云云，明顯有別於系爭
06 第1次鑑定書、系爭第2次鑑定書所載鑑定意見之認定，洵屬
07 率斷。

08 (3)系爭第3次鑑定書鑑定意見「(一)…此時適當之處置應為：1.
09 找出子宮有過度刺激之原因並處置；2.持續進行胎兒監視。
10 因此，阮醫師及護理人員未就產婦胎心音予以持續監測並列
11 印監測數據，不符合醫療常規。」一節，與胎兒出生後呈現
12 皮膚發紺、無啼哭等症狀之因果關聯性為何？說明如下：

13 ①細稽系爭第3次鑑定書鑑定事由(二)部分，鑑定意見固然略
14 以：「以欣幼診所之醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急
15 迫切等客觀情況，該診所之阮醫師及護理師對新生兒所為之
16 呼吸道照顧處處置，符合醫療常規。」等語；惟系爭第3次
17 鑑定書於「九、案情概要」敘及所謂「羊水有胎便染色…」
18 云云，以及其鑑定意見(二)所載新生兒急救過程之事實概要，
19 略以：「…緊急以吸球抽吸新生兒口鼻之羊水（可能含有胎
20 便）…」云云，其中所謂「羊水有胎便染色」、「羊水可能
21 含有胎便」之敘述，俱屬嚴重扭曲事實，因為若羊水中含有胎
22 便，代表胎兒後續可能發生缺氧或窘迫，需要連續胎心音監
23 測，立刻處置，甚至逕行剖腹產，蓋就本案之事實而言，胎
24 兒係出生後方解胎便，並非在羊水中就有胎便，此之差異，
25 醫療臨床上之處置亦有所不同，應予嚴正澄清，不容恣意混
26 淆，此稽系爭護理紀錄單於107年1月7日凌晨5時51分記載

27 「已解胎便」等語可明。

28 ②另針對鑑定事由(一)部分，鑑定意見略以：「依美國婦產科醫
29 學會準則（參考資料），產程中胎心音監測，並不須持續性
30 地施行。但依欣幼診所病歷紀錄所附之胎兒監視器報表，10
31 4年1月7日04：00產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其間雖

有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化，然03：56～04：32之胎兒監視器紀錄，於36分鐘內子宮收縮26次，屬於子宮有過度刺激現象，此時適當之處置應為：1.找出子宮有過度刺激之原因並處置；2.持續進行胎兒監視。因此，阮醫師及護理人員未就產婦胎心音予以持續監測並列印監測數據，不符合醫療常規。」云云，然上開鑑定意見前段，既已敘明「…產程中胎心音監測，並不須持續性地施行。但依欣幼診所病歷紀錄所附之胎兒監視器報表，104年1月7日04：00產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其間雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化」等語，顯見從107年1月7日凌晨3時56分至凌晨4時32分之期間進行胎心音監測所示數據，胎兒心跳速率皆在正常範圍，故被告診所之護理人員才會於同日凌晨4時32分以後約30分鐘讓原告甲母稍作休息而先暫停胎心音監測。惟上開鑑定意見後段，竟驟然論斷被告及護理人員未就產婦胎心音持續予以監測並列印監測數據，不符合醫療常規云云，對照前、後段完全迥異之論述，似有將「胎心音監測胎兒心跳」（同日凌晨4時32分當時胎心音仍在正常範圍，並無異常），與其所稱「子宮收縮26次有過度刺激」之情，兩者混為一談，申言之：

A. 依病歷資料，原告甲母非屬高危險群，亦無早產之情況

（註：依「美國婦產科醫學會準則2009年版」，只有高風險群產婦，才需持續進行胎心音監測），故依據2012年婦產科醫學臨床指引有關胎心音監測部分，孕婦於第1產程（子宮頸未全開）階段，胎心音監測每30分鐘施作1次即可；至於孕婦於第2產程階段，胎心音監測則每15分鐘施作1次（註：2012年婦產科醫學臨床指引，從未提及需列印胎心音監測紙本），參諸病歷資料，可知胎兒之心跳速率皆在正常範圍，並無任何窘迫之情況；而原告甲母待產當時之「子宮收縮」，係屬自發性之子宮收縮（並無施打催生針）。詎料，上開鑑定意見後段，驟然論斷「…於36分鐘內子宮收縮26

01 次，屬於子宮有過度刺激現象」云云，不知其所謂「子宮過
02 度刺激」之論斷何來？（註：按上開鑑定意見(一)所援引之
03 「美國婦產科醫學會準則2009年版」，早已敘明所謂「子宮
04 過度刺激」此一用語，應捨棄不用）。況且，所謂「子宮收
05 縮26次有過度刺激」，與「胎心音監測胎兒心跳」（本件胎
06 兒之心跳速率皆在正常範圍），本屬兩件不同之事，上開鑑
07 定意見(一)後段，將兩者混為一談，無視其前段所認之情，最
08 後反而遽認「阮醫師及護理人員未就產婦胎心音持續予以監
09 測並列印監測數據，不符合醫學常規。」云云之結論，實令
10 人費解。

11 B. 況依美國婦產科準則2010年版，子宮頻繁收縮須伴隨著胎心
12 音發生異常時，才有其臨床意義。子宮頻繁收縮可以分為自
13 發性收縮或使用藥物引發收縮，臨床上的處置視乎收縮是自
14 發性或催生用藥引發有所不同，本案產婦子宮收縮是自發性
15 收縮，同時每有伴隨著胎心音異常，因此，根據美國婦產科
16 準則2010年版的指引，是不需處置的。

17 C. 依據病歷資料，胎兒之心跳速率既然皆在正常範圍，無任何
18 異常之情（此稽之上開鑑定意見，亦肯認：「產程中胎心音
19 監測，並不須持續性地施行…107年1月7日04：00產婦待產
20 期間胎兒心跳速率正常，其間雖有早期心跳減速，但屬正常
21 範圍，胎心音一直未見異常變化。」等語即明），是否僅因
22 被告診所護理人員至同日凌晨4時32分以後約30分鐘讓原告
23 甲母稍作休息而先暫停胎心音監測，即遽認「阮醫師及護理
24 人員未就產婦胎心音持續予以監測並列印監測數據，不符合
25 醫學常規。」云云。殊有疑問，申言之：

26 a. 原告甲母於104年1月7日凌晨4時入院後，被告診所護理人員
27 隨即為伊裝上胎心音監測器，以監測胎兒心跳，依據當時系
28 爭護理紀錄單所載內容，同日凌晨4時05分時之胎兒胎心音
29 為「138bpm」，迄至凌晨4時35分時之胎兒胎心音則為「126
30 bpm」，由於當時均一切正常，即先暫停胎心音監測，讓原
31 告甲母活動，以幫助產程。

01 b. 迨至同日凌晨5時（即距離前次監測約30分鐘後），被告診
02 所護理人員欲再次進行胎心音監測時，發現原告甲母子宮頸
03 已接近全開9公分，有強烈便意感，被告診所護理人員乃將
04 原告甲母送進產房，按照標準作業程序，產婦進入產房後至
05 胎兒分娩之過程，護理人員均會全程為產婦裝上胎心音監測
06 器監測，而依據當時系爭護理紀錄單所示內容，同日凌晨5
07 時之胎兒胎心音為「132bpm」，此後原告甲母進入產房後，
08 胎心音均維持在「120至130bpm」左右，被告診所護理人員
09 斯時並通知被告，至同日凌晨5時40分，原告甲母顯已疲憊
10 而不能正確用力，被告診所護理人員乃通知被告，被告於同
11 日凌晨5時42分抵達產房，當時胎心音仍在「120bpm至130bp
12 m」範圍，綜合上開系爭護理紀錄單所載內容，足徵原告甲
13 母自同日凌晨5時進入產房後迄至5時44分胎兒娩出之期間，
14 胎心音監測器均裝置在原告甲母身上，以持續監控胎兒心
15 跳，至為明確。

16 c. 至於同日凌晨5時進入產房迄至凌晨5時44分胎兒娩出之期
17 間，為何未有列印胎心音紀錄紙本乙節，如前所述，斷不能
18 因該段期間未有列印胎心音紀錄紙本，即遽認此情「不符合
19 醫學常規」云云；蓋該段時間未有列紙本，並不表示被告診
20 所未持續進行胎心音監測。

21 d. 佐以證人丙○○於鈞院、新北地檢署偵訊之證詞，與系爭護
22 理紀錄單所載胎心音紀錄之內容，互核相符，足徵被告診所
23 均係按照醫療常規，進行胎心音監測。此等事實，與系爭第
24 3次鑑定書鑑定事由(一)所假設之前提事實，兩者實難相提並
25 論。系爭第3次鑑定書鑑定意見(一)後段，將所謂「子宮收縮2
26 6次有過度刺激」，與「胎心音監測胎兒心跳」兩者混為一
27 談，無視其前段所認「產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其
28 間雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常
29 變化」之情，遽認「阮醫師及護理人員未就產婦胎心音持續
30 予以監測並列印監測數據，不符合醫學常規」之結論，明顯
31 過於率斷。

01 (八)就衛福部醫審會第0000000號鑑定書（下稱系爭第4次鑑定
02 書）、系爭第5次鑑定書意見如下：

03 1.系爭第5次鑑定書鑑定意見，其中(二)1.2.分別載以：「造成
04 胎兒出生後新生兒評分低之原因有很多可能，而阮醫師及護
05 理人員未持續給予產婦胎心音監測，難謂無疏失之嫌；但與
06 胎兒皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之
07 結果，無因果關係。」「上開不作為，難以認定會使胎兒上
08 開症狀嚴重程度加重。」等語。核此意見，與系爭第4次鑑
09 定書鑑定意見所載：「子宮有過度刺激現象發生時，此時適
10 當之處置應為：1.找出子宮有過度刺激之原因並處置；2.持
11 續進行胎兒監視。因此，被告及護理人員未就產婦胎心音持
12 續予以監測並列印監測數據，雖不符合醫學常規，惟醫療之
13 不確定因素太多，上開期間原告甲母子宮過度刺激現象，被
14 告即使依上開所述為適當處置，仍難以完全避免後續生產過
15 程原告甲缺氧之可能性發生。」等語相對照，其結論應具有一
16 致性；亦即胎心音是否持續監測，與胎兒出生後皮膚發
17 紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之結果，兩者
18 間無因果關係，且難以認定會使胎兒上開症狀嚴重程度加
19 重，至為明確。

20 2.佐以系爭第1次鑑定書載以：「新生兒窒息導致缺氧性腦病
21 變之可能原因有很多，且大部分為無法確定。本案依病歷紀
22 錄，僅能得知有缺氧性腦病變之發生，無法推估造成缺氧之
23 原因。」「本案依欣幼診所病歷紀錄：產婦在例行產檢時並
24 未發現異常，且胎兒預估體重均在正常範圍，且出生體重27
25 64公克亦屬正常，故嬰兒出生時，當時胎兒窒息缺氧為無法
26 預見之狀況。」等語可徵。依據前揭醫審會歷次鑑定意見，
27 以及病歷紀錄在內之證據資料綜合以觀，均顯示胎心音並無
28 任何異常，亦無原告所指稱胎兒窘迫現象，故縱令被告及護
29 理人員就產婦胎心音予以持續監測，仍難以避免後續生產過
30 程胎兒出生時發生無法預見之腦部缺氧狀況，兩者間確無因
31 果關係，甚為灼明。

01 3.至於系爭第5次鑑定書鑑定意見，其中(二)1.前段，雖載以：

02 「阮醫師及護理人員未持續給予產婦胎心音監測，難謂無疏
03 失之嫌」云云，此等意見，係源自系爭第3次鑑定書鑑定意
04 見（即「03：56～04：32之胎兒監視器紀錄，於36分鐘內子
05 宮收縮26次，屬於子宮有過度刺激現象，此時適當之處置應
06 為：1.找出子宮有過度刺激之原因並處置；2.持續進行胎兒
07 監視。因此，阮醫師及護理人員未就產婦胎心音持續予以監
08 測並列印監測數據，不符合醫學常規。」）惟被告就此部
09 分，已提出醫學上說明，並舉出相關醫學文獻為據，以釐清
10 「子宮收縮有所謂過度刺激」，與「胎心音監測心跳」，屬
11 截然兩事，兩者實不應混淆。何況，前揭鑑定意見前段，亦
12 載明：「產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其間雖有早期心
13 跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化」，依據
14 病歷資料，胎兒之心跳速率既然皆在正常範圍，無任何異常
15 之情，上開鑑定意見乃載明：「產程中胎心音監測，並不須
16 持續性地施行：107年1月7日04：00產婦待產期間胎兒心跳
17 速率正常，其間雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音
18 一直未見異常變化。」等語，因此，被告診所護理人員即證
19 人丙○○於胎心音斯時屬正常範圍之前提下，方於107年1月
20 7日凌晨4時32分以後30分鐘讓原告甲母稍作休息而暫停胎心
21 音監測，除此之外，其他時間含同日凌晨5時原告甲母入產
22 房後、迄至凌晨5時44分胎兒娩出之期間，皆有持續監測胎
23 心音（皆屬正常範圍），故系爭第5次鑑定書鑑定意見雖就
24 「被告及護理人員未持續給予產婦胎心音監測」一節，遽謂
25 「難謂無疏失之嫌」云云，然此等施行胎心音監測過程，與
26 2012年美國婦產科醫學會臨床指引所持見解相符（即孕婦於
27 第1產程〈子宮頸未全開〉階段，胎心音監測每30分鐘施作1
28 次即可；至第2產程階段，胎心音監測則每15分鐘施作1
29 次），並未逾越醫療法第82條第2項所規定「合理臨床專業
30 裁量」之範圍。

31 4.另參諸新北地檢署檢察官108年度調醫偵續一字第1號不起訴

處分書就上開胎心音監測一節，略謂：「縱使被告未對告訴人全程配戴胎心音監測器，並未在告訴人出現子宮過度刺激有可能導致被害人晚期心跳減速而發生缺氧狀態時密切追蹤、列印監測數據而有違醫療常規，然被害人依病歷資料並無發現有晚期心跳減速，可能造成腦部缺氧之狀況，且被告在斯時依鑑定報告所述之方法為適當處置，仍難以完全避免後續生產過程被害人缺氧之可能性發生。是本案被害人窒息導致缺氧性腦病變之可能原因有很多，依被告所辯，證人證述及病歷紀錄，僅能得知有缺氧性腦病變之發生，並無法推估造成被害人缺氧之原因，並據以判斷被告有無疏失之情況。」等語，從而，新北地檢署在調查相關證人及醫療紀錄後，送請醫審會進行4次醫療鑑定，乃認定「尚無法遽認被告確有違反醫療常規所要求之注意義務，以及被告所採取之醫療行為與被害人所呈現腦部缺氧而受有中重度遲緩之重傷害間具備相當因果關係。」等語，應屬可採。

5. 基上，原告訴請被告損害賠償之請求權基礎有二：亦即依侵權行為之法律關係外，另依債務不履行之不完全給付之法律關係，然依最高法院48年度台上字第481號民事判決、105年度台上字第475號民事判決意旨可知，上開請求權基礎雖有不同，仍須以具有可歸責之原因事實，以及損害發生之結果，兩者間具有相當因果關係為其成立要件，從而，依醫審會歷次鑑定意見綜合以觀，既已就本件主要爭點明確敘明「胎心音是否持續監測，與胎兒出生後皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之結果，兩者間無因果關係，且難以認定會使胎兒上開症狀嚴重程度加重」、「醫療之不確定因素太多…，被告即使依上開所述為適當處置，仍難以完全避免後續生產過程胎兒缺氧之可能性發生。」等語，洵與上開請求權基礎所須具備「相當因果關係」之成立要件不符。除此之外，依醫審會歷次鑑定意見可徵，本件自產檢、待產、生產過程、乃至生產後之後續醫療處置等環節，被告均符合醫療常規，從而，原告等分別爰依上開請求

01 權基礎，訴請被告賠償其損害，即無理由。

02 (九)系爭第6次鑑定書意見如下：

03 1.系爭第6次鑑定書鑑定意見(一)、(三)分別載以：「依欣幼婦產
04 科診所病歷所附胎兒監視器報表，104年1月7日03：56～0
05 4：32間，無胎兒窘迫，然其後迄胎兒娩出期間，並無持續
06 胎兒監視器紀錄，無法判斷是否有產程中胎兒窘迫。」「胎
07 兒出生後皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分
08 低，均有可能為胎兒窘迫的症狀。胎兒窘迫為一綜合徵候，
09 此徵候發生時間長短與原因須依個案判斷，窘迫之程度與結
10 果也依實際臨床判斷而定，本案胎兒娩出後出現之症狀可能
11 為胎兒窘迫，然有胎兒監視器報表之期間無胎兒窘迫情形，
12 無法認定胎兒窘迫時間過久。」與醫審會就胎心音監測胎兒
13 心跳一節所載歷次鑑定意見，皆具有一致性。

14 2.從而，依醫審會歷次鑑定意見，以及卷內相關證據資料，皆
15 未發現有胎兒晚期心跳減速，造成胎兒出生後可能為胎兒窘
16 迫之狀況，佐以新北地檢署檢察官108年度調醫偵續一字第1
17 號不起訴處分書就上開胎心音監測一節亦採認之，是原告空
18 言：「胎兒出生後皮膚發紺、無啼哭肌肉活動力微弱、新生
19 兒評分低的結果，就是因為發生窘迫情形的時間過久所導致
20 的結果…」云云，顯屬臆測之詞。

21 3.本件自104年1月7日凌晨3時56分至4時32分間之胎心音監測
22 紀錄所示胎兒心跳，既經醫審會歷次鑑定意見認屬正常範
23 圍，故證人丙○○於胎心音斯時屬正常範圍下，方於同日凌
24 晨4時32分至4時59分間讓原告甲母稍作休息而暫停胎心音監
25 測，除此之外，其他時間含凌晨5時原告甲母入產房，迄至5
26 時44分胎兒娩出期間，皆有持續監測胎心音（僅未跑紙列印
27 報表），縱令上開暫時休息期間，有持續為胎心音監測，仍
28 難以避免後續生產過程胎兒出生時發生無法預見之腦部缺氧
29 或可能胎兒窘迫症狀，此業經醫審會歷次鑑定意見所是認，
30 兩者間顯無因果關係。

31 4.再者，依系爭第5次鑑定書鑑定意見(二)之第1、2點分別載以

「造成胎兒出生後新生兒評分低之原因有很多可能，而阮醫師及護理人員未持續給予產婦胎心音監測，難謂無疏失之嫌；但與胎兒皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之結果，無因果關係。」「上開不作為，難以認定會使胎兒上開症狀嚴重程度加重。」等語。核此意見，與系爭第4次鑑定書鑑定意(五)所載：「醫療之不確定因素太多，107年1月7日03：58～04：32間產婦之子宮過度刺激現象，即使依醫療常規給予適當處置後、仍難以完全避免後續生產過程胎兒缺氧之可能情形發生。」等語互核，其結論應具有一致性。亦即胎心音是否持續監測，與胎兒出生後皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之可能為胎兒窘迫，兩者間無因果關係，且亦難以認定會使胎兒上開症狀嚴重程度加重。

5.復參系爭第1次鑑定書鑑定意見載以：「新生兒窒息導致缺氧性腦病變之可能原因有很多，且大部分為無法確定。本案依病歷紀錄，僅能得知有缺氧性腦病變之發生，無法推估造成缺氧之原因。」「本案依欣幼診所病歷紀錄，產婦在例行產檢時並未發現異常，且胎兒預估體重均在正常範圍，且出生體重2764公克亦屬正常，故嬰兒出生時，當時胎兒窒息缺氧為無法預見之狀況。」等語可徵，蓋依前揭醫審會歷次鑑定意見，以及病歷紀錄在內之證據資料綜合以觀，均顯示胎心音屬正常範圍，並無任何異常，亦無原告所謂胎兒窘迫現象，故縱令被告及護理人員就產婦胎心音予以持續監測，仍難以避免後續生產過程胎兒出生時發生無法預見之腦部缺氧狀況，兩者間確無因果關係，至為灼明。

6.至於前揭醫審會鑑定意見所稱被告及護理人員未就產婦胎心音持續予以監測並列印監測數據，不符合醫學常規一節，被告提出醫學上說明，並舉出相關醫學文獻為據，以釐清「子宮收縮有所謂過度刺激」，與「胎心音監測心跳」，屬截然兩事，兩者實無混淆必要。何況，系爭第3次鑑定書鑑定意見前段，亦載明：「產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其間

雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化」，且依卷內病歷資料，胎兒之心跳速率既皆屬正常範圍，並無任何異常，上開鑑定意見始載以：「產程中胎心音監測，並不須持續性地施行…107年1月7日04：00產婦待產期間胎兒心跳速率正常，期間雖有早期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化。」等語，因此，證人丙○○方於胎心音屬正常範圍下，於107年1月7日凌晨4時32分至4時59分讓原告甲母稍作休息而暫停胎心音監測，除此之外，凌晨5時迄至5時44分胎兒娩出期間，皆有持續監測胎心音（僅未列印報表），是以，前揭鑑定意見固然就「被告及護理人員未持續給予產婦胎心音監測」一節，遽謂「不符醫療常規」云云，然此等實施胎心音監測程序，與「2012年美國婦產科醫學會臨床指引」所持見解相符（即孕婦於第1產程〈子宮頸未全開〉階段，胎心音監測每30分施作1次即可；至第2產程階段，胎心音監測則每15分施作1次），復佐以新北地檢署檢察官108年度調醫偵續一字第1號不起訴處分書就被告有無疏失一節，亦認定：「僅能得知有缺氧性腦病變之發生，並無法推估造成被害人缺氧之原因，並據以判斷被告有無疏失之情況。」等語即明。

7.本件審理期間歷經醫審會先後為6次鑑定，上開各項醫療爭議應以釐清，除前揭胎心音監測胎兒心跳未持續監測之爭議一節，被告業已答辯外，其他含產檢、待產、生產過程、乃至生產後之處置等環節（被告均符合醫療常規，業如前述），與原告甲出生後皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低，可能為胎兒窘迫之結果，兩者間並無具備相當因果關係，已臻明確。

(十)至於原告所陳報請求之各項費用及金額一節，迄今仍未就該等「各項費用」，與原告甲腦部病變之結果，兩者有何必要性及關聯性？提出具體說明；此外，原告另提出「愛智發展中心訓練費用」，以及「新泰醫院復健費用」，其訓練、復健內容為何？兩者訓練、復健期間、何以有部分重疊？又復

01 健或訓練兩者性質上是否有重複之虞？均未見原告提出具體
02 說明；另原告提出所謂「世博診所醫藥費用」，及「新仁醫
03 院醫療費用」，其醫療內容為何？兩者醫療期間，何以有部
04 分重疊？與原告甲腦部病變，後續有何就醫之必要性及關聯
05 性？凡此，原告俱未提出具體說明，即無足取等語置辯。

06 並聲明：(一)原告之訴駁回。(二)如受不利之判決，願供擔保請
07 准宣告免為假執行。

08 三、本院之判斷：

09 原告主張原告甲父、甲母為原告甲之父母即法定代理人；原
10 告甲104年1月7日凌晨5時44分出生於被告所獨資經營之被告
11 診所，由被告為原告甲母為產前檢查及分娩時之全部處置，
12 而原告甲甫出生後呈現皮膚發紺、無啼哭等症狀，隨後由被
13 告通報，將原告甲從被告診所轉院至永和耕莘醫院；原告甲
14 領有身心障礙證明等情，有全戶戶籍資料(完整姓名)查詢結
15 果、被告診所提出之原告甲母之病歷資料、中華民國身心障
16 礙證明在卷可參(見本院106年度板司醫調字第1號卷-下稱調
17 字卷-第13頁，本院卷一第87頁至第108頁，本院卷二第237
18 頁至第239頁)，且為被告所不爭執，堪信為真。惟原告主張
19 依侵權行為法律關係、醫療契約債務不履行法律關係為重疊
20 合併，請求被告應給付原告甲500萬元、原告甲母100萬元、
21 原告甲父100萬元等節，則為被告所爭執，並以前詞置辯。

22 經查：

23 (一)原告雖對於被告產檢過程有所爭執，惟查：

24 依據系爭第1次鑑定書鑑定意見(一)：「1.胎兒出生時窒息缺
25 氧，產前可預見之危險因子，主要包括產婦有子癲前症、甲
26 狀腺疾病、胎盤異常及胎兒生長遲滯等現象。本案依欣幼診
27 所病歷紀錄，產婦在例行產檢時，胎兒預估體重均在正常範
28 圍，且出生體重2764公克亦屬正常，故胎兒出生時窒息缺
29 氧，為無法預見的狀況。2.依欣幼診所病歷紀錄，阮醫師為
30 產婦例行產檢時，並未發現有胎盤異常或胎兒生長遲滯等引
31 發新生兒窒息缺氧等危險因子，故阮醫師對產婦之診療已盡

01 醫療上之注意，未違反醫療常規。」（見本院卷一第509
02 頁），可知原告甲母於被告診所產檢時，胎兒預估體重均在
03 正常範圍，且依被告診所病歷紀錄，產檢時並未發現有胎盤
04 異常或胎兒生長遲滯等引發新生兒窒息缺氧等危險因子，故
05 被告已盡其醫療上注意，未違反醫療常規。

06 (二)原告雖認為被告明知原告甲母患有蛋白質S缺乏症及妊娠糖
07 尿病，卻於原告甲母生產過程中，被告未親自或指派其他醫
08 師檢查原告甲母及胎兒之狀況，僅交由所內護士觀察，直至
09 胎兒出生前2分鐘即104年1月7日凌晨5時42分方到診所之處
10 置有瑕疵；被告使用真空吸引器輔助原告甲母生產，未給予
11 剖腹之建議及處置等情違反醫療常規部分，惟查：

12 1.依據系爭第1次鑑定書鑑定意見(二)：「依美國婦產科醫學會
13 準則（參考資料1、2)建議，患有蛋白質S缺乏症及妊娠糖尿
14 病的產婦，於待產時並不需接受額外檢查及處置，故常規內
15 診檢查及胎兒監視器評估，已屬充足之處置。依病歷所附胎
16 兒監視器報表，待產期間胎兒心跳速率正常，待產時雖有早
17 期心跳減速，但屬正常範圍。另本案產婦自104年1月7日0
18 4：05待產至05：00生產期間，護理人員有進行內診檢查及
19 生理評估，產婦子宮頸口由3公分擴張至9公分，屬於正常之
20 子宮頸口擴張進展。故阮醫師之醫療處置符合醫療常規，並
21 未有缺失之處。」（見本院卷一第509頁）。

22 2.又依系爭第1次鑑定書鑑定意見(三)：「真空吸引器使用之禁
23 忌症，包括早產兒、胎兒凝血功能不佳、胎頭位置太高、不
24 正常胎位等。本案依病歷紀錄，嬰兒並無上述狀況，而真空
25 吸引器在產婦無法有效施力讓胎頭順利下降時，即適合使
26 用。依護理紀錄，104年1月7日05：00產婦於子宮頸全開且
27 有便意時，由護理人員送至產房教導用力閉氣用力，至05：
28 40產婦向護理人員主訴已無力氣用力，故於05：42由阮醫師
29 以真空吸引器輔助產婦經產道產下一男嬰，上開生產之過程
30 符合醫療常規。」（見本院卷一第509頁至第510頁）。

31 3.再依系爭第1次鑑定書鑑定意見(五)：「…3.承上開鑑定意見

01 (三)之說明，依護理紀錄，104年1月7日05：00產婦子宮頸全
02 開且有便意時，由護理人員送至產房教導用力閉氣用力，至
03 05：40產婦向護理人員主訴已無力氣用力，於05：42由阮醫
04 師以真空吸引器輔助產婦經產道產下一男嬰，該生產過程符
05 合醫療常規，故生產過程與導致嬰兒缺氧無關。4.承上開鑑
06 定意見(二)之說明，依病歷所附胎兒監視器報表，待產期間胎
07 兒心跳速率正常，待產時雖有早期心跳減速，但屬正常範
08 圍。另產婦自104年1月7日04：05待產至05：00生產期間，
09 護理人員有進行內診檢查及生理評估，產婦子宮頸口由3公
10 分擴張至9公分，屬於正常子宮頸口擴張進展，故阮醫師於
11 產婦待產過程是否留在醫院，並不影響上述之處置。阮醫師
12 是否親自留院檢視產婦待產過程狀況，與導致嬰兒缺氧無
13 關。」（見本院卷一第511頁）。

14 4.由上可知，原告甲母雖患有蛋白質S缺乏症及妊娠糖尿病，
15 然依美國婦產科醫學會準則之建議，於待產時並不需接受額
16 外檢查及處置，故常規內診檢查及胎兒監視器評估，已屬充
17 足之處置。而原告甲母自104年1月7日凌晨4時5分待產至凌
18 晨5時生產期間，期間皆有被告診所護理人員有進行內診檢
19 查及生理評估，原告甲母子宮頸口由3公分擴張至9公分，屬
20 於正常子宮頸口擴張進展，故被告雖直至凌晨5時42分始親
21 自進行醫療處置，惟被告於原告甲母待產過程是否留在被告
22 診所，並不影響上述之處置。且被告因原告甲母於凌晨5時4
23 0分產婦向被告診所護理人員主訴已無力氣用力，而由被告
24 於凌晨5時42分以真空吸引器輔助原告甲母經產道產下一男
25 嬰即原告甲，該生產過程符合醫療常規，故生產過程與導致
26 嬰兒缺氧無關，故此部分原告所言，並非可採。

27 (三)原告雖對於被告為急救、轉診過程認有所延誤云云，惟查：

28 1.依據系爭第3次鑑定書鑑定意見(二)：「欣幼診所阮醫師及護
29 理師於新生兒娩出暨急救過程，因出生時新生兒評估(Apgar
30 Score)第1分鐘為2分、第5分鐘為3分（滿分皆為10分），緊
31 急以吸球抽吸新生兒口鼻之羊水（可能含有胎便）、以面罩

01 給予氧氣5L/分，並持續給予新生兒施行心肺復甦術及肌肉
02 注射腎上腺素，06：15新生兒心跳恢復至100次/分。以欣幼
03 診所之醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情
04 況，該診所之阮醫師及護理師對新生兒所為之呼吸道照護處
05 置，符合醫療常規。」（見本院卷二第30頁）。

06 2.又依系爭第1次鑑定書鑑定意見(四)：「1.轉診醫院之選擇，
07 各間診所有其轉診標準作業流程，應為其評估過快速而適宜
08 之轉診方式，以本案轉診至永和耕莘醫院之時間而論，104
09 年1月7日06：40永和耕莘醫院救護車到達欣幼診所，07：10
10 轉送抵達永和耕莘醫院，時間約30分鐘，其轉院流程上並未
11 違反醫療常規而延誤救治。2.依護理紀錄，104年1月7日0
12 5：44嬰兒出生後，阮醫師發現嬰兒皮膚發紺、無啼哭、肌
13 肉活動力微弱，已解胎便，新生兒評估(Apgar Score)第1分
14 鐘為2分，第5分鐘為3分（滿分皆為10分），緊急予以吸球
15 抽吸羊水、給予氧氣5 mL及背部刺激，因治療後無反應，嬰
16 兒心跳約為30～40次/分，進行急救處置後，於05：51緊急
17 連絡永和耕莘醫院進行轉院，尚未發現有延誤情形，且未違
18 反醫療常規。3.依永和耕莘醫院病歷紀錄，104年1月7日0
19 7：10嬰兒抵達時體溫33.5℃、心跳135次/分、呼吸43次/
20 分、血氧飽和度80～90%，經林明弘醫師診視後，建議轉臺
21 大醫院作低溫冷凍療法。於診所聯繫轉診醫院時，嬰兒之狀
22 況並不明確，當時並無法確認需要何種程度設備及治療方
23 式；本案係經永和耕莘醫院詳細進一步初步檢查治療及評估
24 後建議作低溫冷凍療法，始判定需轉診至臺大醫院。故在轉
25 診醫院之選擇上，尚難認有違反醫療常規。」（見本院卷一
26 第510頁）。

27 3.由上可知，以被告診所之醫療水準、醫療設施、工作條件及
28 緊急迫切等客觀情況，被告及被告診所護理師對原告甲所為
29 之呼吸道照護處置，符合醫療常規。且104年1月7日上午6時
30 40分永和耕莘醫院救護車到達被告診所，同日上午7時10分
31 轉送抵達永和耕莘醫院，其轉院流程上並未違反醫療常規而

延誤救治，後續永和耕莘醫院判定轉院至臺大醫院，亦未違反醫療常規，故此部分原告主張，尚非可採。

(四)原告主張原告甲缺氧性腦病變等病症，與被告間具有相當因果關係部分，經查：

1.依系爭第1次鑑定書鑑定意見(五)：「1.新生兒窒息導致缺氧性腦病變之可能原因有很多，且大部分為無法確定。本案依病歷紀錄，僅能得知有缺氧性腦病變之發生，並無法推估造成缺氧之原因。2.承上開鑑定意見(一)1.之說明，胎兒出生時窒息缺氧，產前可預見之危險因子，主要包括產婦有子癲前症、甲狀腺疾病、胎盤異常及胎兒生長遲滯等現象。本案依欣幼診所病歷紀錄，產婦在例行產檢時並未發現異常，且胎兒預估體重均在正常範圍，且出生體重2764公克亦屬正常，故嬰兒出生時，當時胎兒窒息缺氧為無法預見之狀況。」(見本院卷一第511頁)。

2.又依系爭第4次鑑定書鑑定意見(五)：「醫療之不確定性因素太多，107年1月7日03：56～04：32間產婦之子宮過度刺激現象，即使依醫療常規給予適當處置後，仍難以完全避免後續生產過程胎兒缺氧之可能情形發生。」(見限閱卷)。

3.再依系爭第5次鑑定書鑑定意見(二)：「1.造成胎兒出生後新生兒評分低之原因有很多可能，而阮醫師及護理人員未持續給予產婦胎心音監測，難謂無疏失之嫌；但與胎兒皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之結果，無因果關係。…」(見本院卷二第406頁)。

4.基上可知，依病歷紀錄無法推估造成原告甲缺氧之原因，且醫療之不確定性因素太多，在107年1月7日凌晨3時56分至4時32分間，原告甲母有子宮過度刺激現象，即使依醫療常規給予適當處置後，仍難以完全避免後續生產過程胎兒缺氧之可能情形發生。雖被告及被告診所護理人員未持續給予原告甲母為胎心音監測，但與原告甲出生後呈現皮膚發紺、無啼哭、肌肉活動力微弱、新生兒評分低之結果，無因果關係，故此部分原告所言，亦非可採。

01 (五)原告稱被告未持續監測原告甲母之胎心音，違反醫療常規，
02 具有過失部分，為有理由：

03 1.按「醫師執行業務時，應製作病歷，…前項病歷，…其內容
04 至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查
05 項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情
06 形。六、其他應記載事項。病歷由醫師執業之醫療機構依醫
07 療法規定保存。」「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病
08 歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫
09 師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資
10 料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。」「醫
11 院、診所診治病人時，得依需要，並經病人或其法定代理
12 人、配偶、親屬或關係人之同意，商洽病人原診治之醫院、
13 診所，提供病歷複製本或病歷摘要及各種檢查報告資料。原
14 診治之醫院、診所不得拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
15 「本法第73條第2項及第74條所定轉診病歷摘要、病歷摘
16 要，應載明下列事項：一、病人之個人基本資料。二、主
17 訴。三、病史。四、理學檢查、實驗室檢查、放射線檢查或
18 超音波檢查之主要發現。五、診斷。六、治療經過，包括最
19 近用藥或服用中之藥物與過去手術名稱及日期等。七、注意
20 事項、出院後醫囑或建議事項。八、轉診病歷摘要並應載明
21 轉診目的及建議轉診院所科別。醫院、診所開具前項轉診病
22 歷摘要及病歷摘要時，應作成複製本併同病歷保存；收受轉
23 診病歷摘要及病歷摘要時，應將其併同病歷保存。病歷摘要
24 應載明主訴、檢查結果、診斷、治療經過、注意事項、出院
25 後醫囑或建議事項。」醫師法第12條、醫療法第67條第1
26 項、第2項、第74條、醫療法施行細則第52條分別定有明
27 文。而醫師對病患治療時，牽涉醫療專業及病患個人隱私，
28 通常不容第三人在場聞見，因而於醫療事故紛爭，醫師是否
29 已盡善良管理人注意義務為病患治療，常須藉助病歷記載而
30 為判讀，因而醫師於醫療事故紛爭事件，有提出記載完整病
31 歷義務（民事訴訟法第344條第1項第5款及其立法理由說明

參照），如醫師未能提出病歷或所提出病歷記載不完整，其情形與無正當理由不從提出文書之命令相同，法院得審酌情形認他造關於該文書之主張或依該文書應證之事實為真實（民事訴訟法第345條規定參照）。次按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任；注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷；醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，醫療法第82條第1項、第2項、第4項、第5項分別定有明文。復按在病患對醫療機構或人員請求損害賠償訴訟，因醫療行為之專業性，使醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對等，如由病患就醫療過失存在之事實負舉證責任顯失公平時，固得依民事訴訟法第277條但書規定減輕病患之舉證責任，惟仍不能免除其證明度降低之舉證責任，非謂醫療事件之舉證責任一律轉換於醫療機構（人員），而改由醫療機構（人員）舉證證明其無過失。又醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行為過程中是否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當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切情狀，暨醫師就具體個案之專業裁量、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷，且因醫療行為有其特殊性，醫師所採之藥方或治療方式以事前評估雖係屬於適當之選擇，但並無法保證一定能改善病情，故容許不確定風險之存在，不能逕依醫療之結果不如預期、不成功或有後遺症、感染之發生，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號判決意旨參照）。再按醫療行為具有專業性、錯綜性及不可預測性，是醫師、護理師執行醫療照護行為應盡之善良管理人注意義務，係就醫療個案，本於診療當時之醫學知識，審酌病人之

01 病情、就診時身體狀況，病程變化，醫療行為之風險，避免
02 損害發生之成本，及醫院層級等因素，為專業裁量，綜合判
03 斷選擇有利病人之醫療方式，為適當之醫療照護，即應認為
04 符合醫療水準，而無過失。又司法、檢察機關受理醫療糾紛
05 案件，立法者特於醫療法第98條第1項第4款將上開醫療糾紛
06 之委託鑑定事務，明定由醫審會（鑑定小組）為之。該會應
07 就委託鑑定機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療
08 常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之
09 意見，所提出之鑑定意見，為證據方法，可採與否，法院應
10 踐行調查證據之程序，依自由心證定其取捨（最高法院110
11 年度台上字第3292號判決意旨參照），經查：

12 2.依系爭第3次鑑定書鑑定意見(一)：「依美國婦產科醫學會準
13 則（參考資料），產程中胎心音監測，並不須持續性地施
14 行。但依欣幼診所病歷紀錄所附之胎兒監視器報表，104年1
15 月7日04：00產婦待產期間胎兒心跳速率正常，其間雖有早
16 期心跳減速，但屬正常範圍，胎心音一直未見異常變化，然
17 03：56～04：32之胎兒監視器紀錄，於36分鐘內子宮收縮26
18 次，屬於子宮有過度刺激現象，此時適當之處置應為：1.找
19 出子宮有過度刺激之原因並處置；2.持續進行胎兒監視。因
20 此，阮醫師及護理人員未就產婦胎心音予以持續監測並列印
21 監測數據，不符合醫療常規。」（見本院卷二第30頁）。

22 3.又依系爭第4次鑑定書鑑定意見：「(一)本會編號第0000000鑑定
23 書十、鑑定意見(一)說明，依欣幼婦產科診所病歷紀錄之胎
24 兒監視器報表，107年1月7日03：56～04：32間，產婦於36
25 分鐘內子宮收縮26次，宜合理判斷屬於子宮過度刺激現象。
26 臨床上，若長時間及高強度的子宮過度刺激，有可能會導致
27 胎兒心跳晚期減速之狀況。(二)依欣幼婦產科診所之胎兒監視
28 器紀錄，107年1月7日03：56～04：32間，並未觀察有發生
29 胎兒晚期心跳減速現象。(三)以欣幼婦產科診所之醫療水準、
30 醫療設施及工作條件，具備評估子宮過度刺激原因及處置之
31 能力。(四)依醫療實務，當子宮過度刺激現象發生時，宜評估

造成子宮過度刺激之原因，減量或停止子宮收縮藥物的使用，至子宮過度刺激現象緩解。針對胎心音，醫師宜採取持續觀察策略，始符合醫療常規。(五)醫療之不確定性因素太多，107年1月7日03：56～04：32間產婦之子宮過度刺激現象，即使依醫療常規給予適當處置後，仍難以完全避免後續生產過程胎兒缺氧之可能情形發生。」(見限閱卷)。

4.再依系爭第6次鑑定書鑑定意見：「(一)依欣幼婦產科診所病歷所附胎兒監視器報表，104年1月7日03：56～04：32間，無胎兒窘迫，然其後迄胎兒娩出期間，並無持續胎兒監視器紀錄，無法判斷是否有產程中胎兒窘迫。(二)胎兒出生後皮膚發紺，沒有啼哭，肌肉活動力微弱，新生兒評分低，均有可能為胎兒窘迫的症狀。胎兒窘迫為一綜合徵候，此徵候發生時間長短與原因須依個案判斷，窘迫之程度與結果也依實際臨床判斷而定，本案胎兒娩出後出現之症狀可能為胎兒窘迫，然有胎兒監視器報表之期間無胎兒窘迫情形，無法認定胎兒窘迫時間過久。(三)若在胎心音監測中發現胎兒窘迫之情形，依醫療常規，可視評估之可能原因作適當處理，包括加速胎兒娩出，並進行新生兒照護，以減輕或解除胎兒窘迫造成之後遺症。」(見本院卷二第492頁至第493頁)。

5.另依系爭護理紀錄單雖記載104年1月7日凌晨4時35分胎心音為126bpm、凌晨5時胎心音為132bpm(見本院卷一第89頁)，惟，惟依被告所提出之胎心音黏貼紙本紀錄，並未有當日凌晨4時35分胎心音為126bpm、凌晨5時胎心音為132bpm之列印紙本紀錄，且被告亦自承同日凌晨4時35分時之胎兒胎心音一切正常，即先暫停胎心音監測，讓原告甲母活動，以幫助產程。同日凌晨5時被告診所護理人員將原告甲母送進產房後，被告診所之標準流程會於產房進行連續性胎心音監測，只是此時一般會將列印功能關掉，不作紀錄列印等語，惟依照前揭醫審會鑑定意見，於同日凌晨3時56分至4時32分之胎兒監視器紀錄，呈現於36分鐘內子宮收縮26次，屬於子宮有過度刺激現象，此時被告應為適當之處置，其中包括：找出

子宮有過度刺激之原因並處置及持續進行胎兒監視，然而被告及被告診所護理人員未就原告甲母胎心音予以持續監測並列印監測數據，此部分不符合醫療常規。且臨床上，若長時間及高強度的子宮過度刺激，有可能會導致胎兒心跳晚期減速之狀況，而依被告診所之醫療水準、醫療設施及工作條件，具備評估子宮過度刺激原因及處置之能力。又依醫療實務，當原告甲母有子宮過度刺激現象發生時，被告宜評估造成子宮過度刺激之原因，至子宮過度刺激現象緩解。針對胎心音，被告宜採取持續觀察策略，始符合醫療常規。

6.被告雖辯稱為幫助原告甲母待產而於104年1月7日凌晨4時35分暫停胎心音監測，而同日凌晨5時原告甲母進入產房有持續監測胎心音，只是將列印功能關掉云云，惟依據前揭醫療法規，被告診所應建立清晰、詳實、完整之病歷，其中胎心音監測紙本紀錄亦屬構成系爭護理紀錄胎心音紀錄之監測資料依據，而被告診所既已於同日凌晨3時56分至4時32分即原告甲母待產期間存有胎心音監測紙本列印紀錄，反而於後續原告甲母生產階段不將胎心音監測紙本紀錄完整印出，顯然違反醫療常規。

7.又因被告未能提出完整之胎心音監測紙本紀錄，致醫審會鑑定意見無法判定同日凌晨4時32分後迄胎兒娩出期間，是否有產程中胎兒窘迫情形。然若此段期間，被告有持續的胎心音監測並列印紙本紀錄，則若在胎心音監測中發現胎兒窘迫之情形，依醫療常規，可視評估之可能原因作適當處理，包括加速胎兒娩出，並進行新生兒照護，以減輕或解除胎兒窘迫造成之後遺症。從而，雖被告之醫療行為與原告甲之缺氧性腦病變間無相當因果關係，然原告甲母既與被告間成立醫療契約，則原告甲母於同日凌晨3時56分至4時32分有胎兒早期減速現象發生，被告即應持續性進行胎心音監測及列印紙本紀錄，並有持續觀察原告甲母及胎兒狀況之注意義務，找出子宮有過度刺激之原因並處置，倘若被告有持續監測原告甲母之胎心音，即可能可以提早發現胎兒窘迫之情形，而得

01 為適當處理，以減輕或解除胎兒窘迫造成之後遺症，惟被告
02 卻疏於注意，未持續性監測原告甲母之胎心音及列印紙本紀
03 錄而違反醫療常規，使得無從判斷胎兒窘迫確切發生時點，
04 而給予原告甲母及胎兒及時、適當之醫療處置，應有過失，
05 且被告前開過失之不作為致原告甲失去減輕或解除胎兒窘迫
06 所造成後遺症之機會，兩者間具有相當因果關係。

07 8.被告雖辯稱依證人丙○○於本院、新北地檢署偵訊之證詞，
08 與系爭護理紀錄單胎心音紀錄之內容，互核相符，足徵被告
09 診所均係按照醫療常規云云，惟查：

10 (1)依證人游祥慧於本院107年11月26日言詞辯論期日到庭證

11 稱：「（問：胎心音監測器的功能為何？）測試媽媽的宮
12 縮、宮壓程度及小孩子的心跳。」「（問：故是有1或2個偵
13 測器？）總共有2個，上面是測媽媽的宮縮、宮壓程度，下
14 面是測小孩的心跳。」「（問：儀器裝上後，會有紀錄的功
15 能？）它會跑紀錄紙。只要一裝設就會自動紀錄。」

16 「（問：有何情況下會停止紀錄？）若媽媽沒有破水想要上
17 廁所，或下床走動、移動到產床時，只要有離開床的動作就
18 會停止紀錄。如果破水就要在床上上廁所，此時就不會拿掉
19 監測器。」「（問：原則上是否都會跑紀錄紙？）只要沒有
20 上述的問題，原則上都會跑紀錄紙。」「（問：甲母跑完流
21 程，裝上胎心音監測器後，有無跑紙？）有跑紙。」

22 「【問：證人是否記得甲母是何時裝上胎心音監測器？（提
23 示本院卷第303頁）】4：05至4：35即為辦理入院的流程。

24 4：35以後有裝監測器及跑紀錄紙，直到5：00時都有裝。甲
25 母產程應該是很快，所以一下就進產房，我病歷上有記5：0
26 0進產房，因為進去產房後，我們會裝著監測器，但不一定
27 會跑紙，因為護理人員在產房後都會在旁，如果監測結果異
28 常，機器會叫，我們可以立刻處理，如果機器叫了，我們才
29 會開始按跑紙。」「【問：（提示本院卷第107、108頁）此
30 紀錄紙為何內容？】這是甲母入院時的胎心音紀錄紙，大約
31 3時尾到4：30。」「（問：4：30以後的胎心音監測紀

錄？）因為時間很久了，依照經驗推測應該是4：30以後應該是有讓甲母下床走動。4：35病歷上還有胎心音紀錄。一般讓產婦走動大概是20至30分鐘。甲母在4：35子宮頸開6+公分，是有可能下床走動的。」「（問：證人是否記得甲母裝胎心音監測器後，胎心音監測器有無發出聲響？）基本上應該是沒有發出聲響。若是有發出聲響，我應該會記得，且會有紀錄紙。」「（問：紀錄紙是有聲音叫就會自動跑，還是要護理人員去按？）我們去按。」「（問：證人剛證稱甲母進產房前有裝上胎心音監測器，是證人的記憶，還是依一般經驗推測？）應該是記憶。」等語（見本院卷一第360頁至第362頁）。

(2)則證人丙○○先稱104年1月7日凌晨4點35分以後有裝監測器及跑紀錄紙，後又改稱因為時間很久了，依照經驗推測應該是同日凌晨4時30分以後應該是有讓原告甲母下床走動。至於同日凌晨4時35分病歷上還有胎心音紀錄，而同日凌晨5時原告甲母進產房會裝著監測器，但不一定會跑紙，是記憶所及等語，已有前後不符，證明力已有可疑。且原告甲母於同日凌晨3時56分至4時32分進行胎心音監測及列印之紙本紀錄即顯示有胎兒早期減速現象，依醫審會之鑑定意見，此時即應持續性胎心音監測並開啟列印功能，並找出子宮有過度刺激之原因及處置，被告診所護理人員於同日凌晨4時32分後迄胎兒娩出期間未完整列印期間胎心音紙本紀錄，已違反醫療常規，故被告此部分所辯，並不可採。

9.又被告辯稱新北地檢署檢察官108年度調醫偵續一字第1號不起訴處分書就被告未持續胎心音監測部分為不起訴處分云云，惟刑事案件之舉證責任分配、舉證程度均與民事事件不同，且檢察官就刑事犯罪是否達起訴門檻之認定，並不拘束民事權利義務關係之判斷，亦無拘束民事法院認定之效力，本院自得斟酌全辯論意旨及調查證據之結果，就本件涉及之民事法律關係依法獨立審認，不受不起訴處分之拘束，是檢察官就該處分書所為與本件不同之事實認定，尚無從據此而

01 為有利於被告之認定，附此敘明。

02 10.綜上，被告疏於注意，未持續性監測原告甲母之胎心音及列
03 印紙本紀錄而違反醫療常規，使得無從判斷胎兒窘迫確切發
04 生時點，而給予原告甲母及胎兒及時、適當之醫療處置，應
05 有過失，且被告前開過失之不作為致原告甲失去減輕或解除
06 胎兒窘迫所造成後遺症之機會，兩者間具有相當因果關係，
07 應可認定。惟原告雖已就被告前開過失之不作為盡其舉證責
08 任，惟原告並未就被告若有踐行其注意義務及適當處置，對
09 於原告甲出生後所呈現之後遺症能夠減輕或解除其損傷之程
10 度為舉證，且亦未就此提出其他證據資料，故本院審酌被告
11 違反醫療常規及注意義務確具有過失等節，及原告未能證明
12 能減輕或解除損害之程度，認被告就原告甲未能減輕或解除
13 胎兒窘迫後遺症所生之損害，應以50%計算。

14 (六)原告甲依民法第184條第1項、第2項、民法第193條第1項、
15 民法第195條第1項前段；原告甲父、甲母依民法第195條第3
16 項規定，請求被告負侵權行為損害賠償責任；原告甲母並依
17 債務不履行之不完全給付法律關係，請求被告負債務不履行
18 損害賠償責任，有無理由？

19 1.按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
20 任；不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱
21 私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人
22 雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額；前項請求
23 權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約承
24 諾，或已起訴者，不在此限。前2項規定，於不法侵害他人
25 基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，
26 準用之。民法第184條第1項前段、第195條分別定有明文。

27 2.原告得請求被告賠償之金額與項目，茲分別述之：

28 (1)原告甲：

29 ①增加之費用：

30 A. 愛智發展中心訓練費：

31 a. 原告甲於105年8月1日至108年7月31日間至愛智發展中心接

01 受訓練，每月費用12,600元，此有財團法人第一社會福利基
02 金會證明書在卷可考(見本院卷二第267頁)。另依據新泰綜
03 合醫院診斷證明書(下稱系爭診斷證明書)所載，原告甲經診
04 斷有僵直性四肢癱型腦性麻痺、語言障礙，醫囑原告甲自10
05 7年6月9日至110年12月11日間有於新泰綜合醫院接受復健治
06 療，目前語言發展僅有短詞尚無句型，使用輪椅或推車移
07 行，無法獨自行走，日常生活須他人照顧協助等語(見本院
08 卷二第263頁)。本院審酌原告甲之病情確有至愛智發展中心
09 接受訓練之必要性，故原告甲主張105年8月1日至108年7月3
10 1日間至愛智發展中心接受訓練之費用共453,600元(計算
11 式：12,600元/每月×12月×3年=453,600元)，應屬有據。

- 12 b. 原告甲另主張於105年8月1日至108年7月31日間至愛智發展
13 中心接受訓練，車資單程280元，業據原告提出大都會車隊
14 預估車資截圖附卷為佐(見本院卷二第269頁)，雖未提出計
15 程車費用單據，然查從原告甲之戶籍地至愛智發展中心之車
16 資單趟為280元，以原告甲無法獨自行走之狀態確有搭乘計
17 程車往返愛智發展中心之需求，故原告甲請求此一期間之來
18 回車資共241,920元(計算式：280元/單程×2來回×12次/月×3
19 年=241,920元)，亦屬有據。

20 B. 外婆照顧費用：

- 21 a. 按親屬代為照顧被害人之起居，固係基於親情，但親屬看護
22 所付出之勞力並非不能評價為金錢，雖因二者身分關係而免
23 除被害人之支付義務，惟此種基於身分關係之恩惠，自不能
24 加惠於加害人。故由親屬看護時雖無現實看護費之支付，仍
25 應認被害人受有相當於看護費之損害，得向上訴人請求賠
26 償，始符公平原則(最高法院94年度台上字第1543號判決意
27 旨參照)。復按親屬間之看護，縱因出於親情而未支付該費
28 用，然其所付出之勞力，顯非不能以金錢為評價，此種基於
29 身分關係之恩惠，自不能加惠於加害人，而應比照一般看護
30 情形，認被害人受有相當看護費之損害，命加害人賠償，始
31 符民法第193條第1項所定增加生活上需要之意旨(最高法院

89台上字第1749號判決要旨亦可資參照)。

b. 原告甲因被告如前所述之過失不作為致原告甲失去減輕或解除胎兒窘迫所造成後遺症之機會，而依系爭診斷證明書診斷有僵直性四肢癱型腦性麻痺、語言障礙，日常生活無法自理，日常生活須他人照顧協助，而由原告甲之外婆家人照顧，業據原告提出系爭診斷證明書、證明書等件在卷可考(見本院卷二第263頁至第265頁)，是原告甲主張106年1月至110年4月間由外婆照顧費用共104萬元(計算式：2萬元/月 $\times$ 52個月=104萬元)，低於現行看護照顧之行情，自應准許。

C. 早療復健費用及車資：

a. 原告甲主張107年11月9日至110年3月22日至世博診所共235次，醫療費共3,050元，車資單程265元，固據原告提出醫藥費明細、大都會車隊預估車資截圖附卷為憑(見本院卷二第271頁至第277頁)，然依原告所提出之醫療明細所載，原告甲前往復健日期部分與就診日期重疊，故應僅能計算一次，經剔除後，則原告甲前往世博診所次數共計為202日。又原告雖未提出計程車費用單據，然查，從原告甲之戶籍地至世博診所之車資單趟為265元，以原告甲無法獨自行走之狀態確有搭乘計程車往返世博診所就診之需求，故原告甲主張此一期間之醫療費共3,050元、來回車資共107,060元(計算式：265元/單程 $\times$ 2來回 $\times$ 202次=107,060元)，應屬有據。

b. 原告甲復主張107年1月11日至110年3月16日至新仁醫院共411次，醫療費共4,930元，車資單程245元，業據原告提出自費門診費用明細表、大都會車隊預估車資截圖附卷為憑(見本院卷二第279頁至第281頁)，然原告並未說明及舉證此部分門診項目為何，是本院尚無從判斷其與缺氧性腦病變之關聯性，故認此部分主張，並無理由。

c. 原告甲再主張107年8月21日至110年10月至新泰醫院共295次，車資單程165元，業據原告提出兒童復健治療卡、大都會車隊預估車資截圖附卷可考(見本院卷二第283頁至第297頁)，而參新泰醫院兒童復健治療卡所載內容，係作肌力訓

01 練、耐力訓練、姿態訓練、運動知覺訓練、協調訓練、娛樂
02 治療、口語訓練、高階層認知訓練、發音部位法、物理治
03 療、語言治療、平衡訓練、聽能瞭解訓練等內容(見本院卷
04 二第286頁至第292頁)，堪認與缺氧性腦病變之後遺症有
05 關，而屬有必要。又原告甲雖未提出計程車費用單據，然查
06 從原告甲之戶籍地至新泰醫院之車資單趟為165元，以原告
07 甲無法獨自行走之狀態確有搭乘計程車往返新泰醫院就診之
08 需求，故原告甲主張此一期間之來回車資共97,350元(計算
09 式：165元/單程×2來回×295次=97,350元)，亦屬有據。

10 D. 裕民國小附幼就學車資：

11 原告甲主張108年至110年至裕民國小附幼就學，車資單程11
12 5元，業據原告提出大都會車隊預估車資截圖存卷可佐(見本
13 院卷二第299頁)，然原告未釋明何以需捨近求遠至外地就
14 學，且此部分就學之交通費用與原告甲前往醫療院所治療之
15 必要性有別，應不得列入請求範圍。

16 E. 矯正鞋費用：

17 原告甲主張矯正鞋從2歲開始，每年要換一次，每次9,000
18 元，若以20年計18萬元云云，業據原告提出踝足矯具統一發
19 票等件在卷可稽(見本院卷二第301頁至第303頁)，本院審酌
20 原告甲經診斷為僵直性四肢癱型腦性麻痺，且正值成長期，
21 其踝足應尚未定型，確有每年更換之需要。惟參前開統一發
22 票備註記載：案家自付2,000元，堪認踝足矯具經政府補助
23 後自付額應為2,000元，以此計算原告主張矯正鞋費用應於4
24 萬元(計算式：2,000元/每雙×20雙=4萬元)之範圍內為可
25 採。

26 F. 助行器費用：

27 原告甲主張助行器費用一次約12,500元，已買了兩次，因為
28 原告甲會長大，所以每3到4年要換一次，若以20年6次計，
29 約75,000元云云，業據原告提出助行器收據等件在卷可考
30 (見本院卷二第305頁)，本院審酌原告甲正值成長期，且其
31 目前無法獨自行走，應有使用助行器之必要性，故原告甲主

張購買助行器費用約75,000元【計算式：12,500元/次×6次
(每3-4年換1次，以20年6次計)=75,000元】，應屬有據。

G. 伊甸居家服務費用：

原告甲主張伊甸居家服務費79,937元部分，雖業據原告提出照服收款金額表存卷為憑，然前開金額表並未表明製作人為何？又原告並未提出其他收據佐證有支出所列金額，故原告此部分主張，應屬無據。

H. 綜上，原告甲主張增加費用之合理數額為2,057,980元（計算式：453,600元+241,920元+104萬元+3,050元+107,060元+97,350元+4萬元+75,000元=2,057,980元），又本院前已審酌並認定原告甲之缺氧性腦病變與被告間無因果關係，但因被告違反醫療常規及注意義務致原告甲未能減輕或解除因此所造成之後遺症，故認被告就原告甲因此所生之損害，應以50%計算。故原告甲就因此增加之費用，得向被告請求之金額應以1,028,990元（計算式：2,057,980元×50%=1,028,990元）為限，而原告甲就此部分僅請求100萬元，未逾上開金額，應有理由。

②勞動力減損部分：

A. 原告甲因缺氧性腦病變，患有僵直性四肢癱型腦性麻痺、語言障礙，自107年6月9日接受復健至110年12月11日，其語言發展仍僅有短詞尚無句型，使用輪椅或推車移行，無法獨自行走，日常生活須他人照顧協助，經鑑定為極重度障礙，有系爭診斷證明書、身心障礙證明在卷可參（見本院卷二第237頁、第263頁），是原告甲主張原告甲腦部受到嚴重損傷，影響其思考能力與行動能力，完全喪失勞動能力等情，堪可採信。

B. 原告甲主張以損害發生時即行政院104年發布之基本工資每月20,008元為標準，並自原告甲從大學畢業22歲（因大學畢業為每年6月，故自126年7月1日起算）起開始至60歲（164年1月7日）退休時為止，計算其勞動能力損失。則依霍夫曼式計算法扣除中間利息（首期給付不扣除中間利息）核計其金額

為5,078,958元【計算式： $20,008 \times 253.00000000 + (20,008 \times 0.00000000) \times (254.00000000 - 000.00000000) = 5,078,957.00000000$ 。其中253.00000000為月別單利(5/12)%第450月霍夫曼累計係數，254.00000000為月別單利(5/12)%第451月霍夫曼累計係數，0.00000000為未滿一月部分折算月數之比例($6/31 = 0.00000000$)。採四捨五入，元以下進位】。

- C. 如前所述，原告甲之缺氧性腦病變與被告間無因果關係，但因被告違反醫療常規及注意義務致原告甲未能減輕或解除因此所造成之後遺症，故認被告就原告甲因此所生之損害，應以50%計算。故原告甲就勞動能力減損部分，得向被告請求之金額為2,539,479元(計算式： $5,078,958 \text{元} \times 50\% = 2,539,479 \text{元}$ ，元以下四捨五入，下同)，原告甲就此部分僅請求200萬元部分，未逾上開金額，應予准許。

③精神慰撫金：

- A. 按慰藉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。又以人格權遭遇侵害，受有精神上之痛苦，而請求慰藉金之賠償，其核給之標準，須斟酌雙方之身分、地位、資力、經濟狀況、加害程度、受損情況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號判例意旨、86年度台上字第3537號判決意旨參照）。

- B. 本院審酌原告目前經診斷為僵直性四肢癱型腦性麻痺、語言障礙，並領有身心障礙證明，障礙類別為第1類【b117.

4】、第7類【b.765.2】，除受到身體上痛苦與生活須他人照顧外，對於其精神上亦確受有相當之痛苦；又原告甲所患之缺氧性腦病變固然與被告無因果關係，但因被告前述過失不作為致原告甲失去減輕或解除胎兒窘迫所造成後遺症之機會，應可認定被告之過失不作為確使原告甲精神上之痛苦加劇，及考量原告甲目前在特教班接受特殊教育；被告為醫學博士、職業為醫師等情，業經兩造陳述在卷，並有畢業證

書、醫師證書在卷可參(見原審卷二第335頁至第337頁、第534頁至第535頁)，衡酌兩造之身分、地位、職業、資力、經濟狀況、被告侵害程度、過失情節與程度、對原告所造成之損害、所受身體及精神上痛苦程度等一切情狀，認被上訴人所請求之精神慰撫金，應以60萬元之範圍內，較屬合理，應予准許。逾此範圍則無理由，應予駁回。

(2)原告甲母、甲父：

1.按「前2項規定，於不法侵害他人基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，準用之。」民法第195條第3項定有明文。其立法理由：對於身分法益被侵害，付之闕如，有欠周延，宜予增訂，鑑於父母或配偶與本人之關係最為親密，基於此種親密關係所生之身分法益被侵害時，其所受精神上之痛苦最深，爰增訂第3項準用規定。是以民法第195條第3項係就本人基於父、母、子、女或配偶之親密關係之身分權所為之規定。

2.原告甲母、甲父請求精神慰撫金各為100萬元云云，經查：

- A. 原告甲因被告前述之過失不作為，失去減輕或解除胎兒窘迫所造成後遺症之機會，現經診斷為僵直性四肢癱型腦性麻痺、語言障礙，有關生活、養護治療及財產管理之事務，均需倚賴他人，且因原告甲失去勞動力減損達100%，將來亦難以期待能扶養原告甲母、甲父。而原告甲母、甲父為原告甲之父母親，因原告甲失去減輕或解除胎兒窘迫所造成後遺症的機會，亦因而失去上開期待可能性，堪認其等父母子女關係之親情、倫理及生活相互扶持之身分法益已受到侵害，其情節重大，精神上自受有相當痛苦，故原告甲母、甲父依民法第195條第3項規定，請求賠償非財產上損害，應屬有據。
- B. 本院審酌原告甲母自陳為碩士畢業，原告甲父自陳為大學畢業(見本院卷第231頁)，及前述被告之學經歷，及兩造身分、地位、經濟狀況等一切情狀，認原告甲父、甲母主張受有精神上損害各以60萬元為適當，逾此部分之主張，尚屬無據。

01 (3)原告甲母同時主張侵權行為及債務不履行之不完全給付等法
02 律關係，而為單一聲明，核屬訴之重疊合併，就前述應准許
03 部分，依侵權行為之請求既經准許，即毋庸再論述債務不履
04 行之不完全給付；至不應准許部分，其既非有據，亦不得復
05 依債務不履行之法律關係求償，併與敘明。

06 (4)綜上，原告請求被告給付原告甲360萬元(計算式：100萬元+
07 200萬元+60萬元=360萬元)、原告甲母60萬元、原告甲父60
08 萬元，為有理由，應予准許，逾此部分之請求，不應准許。

09 (七)末按給付無確定期限者，債務人於債權人得請求給付時，經
10 其催告而未為給付，自受催告時起，負遲延責任。其經債權
11 人起訴而送達訴狀，或依督促程序送達支付命令，或為其他
12 相類之行為者，與催告有同一之效力；遲延之債務，以支付
13 金錢為標的者，債權人得請求依法定利率計算之遲延利息；
14 應付利息之債務，其利率未經約定，亦無法律可據者，週年
15 利率為5%，民法第229條第2項、第233條第1項前段、第203
16 條分別定有明文。經查，原告對被告之侵權行為損害賠償請
17 求權，係屬於未定給付期限之金錢債權，而刑事附帶民事起
18 訴狀繕本於106年3月17日送達被告（見調字卷第16頁），依
19 前述法條規定，原告皆請求被告給付自民事起訴狀繕本送達
20 被告翌日起，即自106年3月18日起，計算之法定遲延利息，
21 為有理由，應予准許。

22 四、綜上所述，原告請求被告給付原告甲360萬元、原告甲母60
23 萬元、原告甲父60萬元，即均自106年3月18日起至清償日
24 止，按年息5%計算之利息，為有理由，應予准許，逾此部分
25 之請求，則屬無據，應予駁回。

26 五、本件兩造分別陳明願供擔保請准宣告及免為假執行，經核均
27 無不合，爰分別酌定相當擔保金額准許之。

28 六、本件判決之基礎已臻明確，兩造其餘之攻擊防禦方法、所提
29 證據及聲請調查之證據，均經斟酌，核與判決之結果不生影
30 響，爰不一一論述，附此敘明。

31 七、據上論結，本件原告之訴，為一部有理由，一部無理由，因

01 此判決如主文。

02 中 華 民 國 113 年 11 月 28 日

03 民事第七庭 法 官 謝宜雯

04 以上正本係照原本作成。

05 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

06 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

07 中 華 民 國 113 年 11 月 28 日

08 書記官 陳俞瑄