臺灣臺中地方法院民事判決

110年度簡字第324號

原　　告　林清奇

000000000000000000

訴訟代理人　張繼圃律師

複代理人　　張致銓律師

被　　告　張定遠

　　統聯汽車客運股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　呂奇峯

訴訟代理人　王叔榮律師

追加被告　　新安東京海上產物保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　陳忠鏗

訴訟代理人　陳韋宏

000000000000000000

複代理人　　戴呈光

上列原告因被告等車禍案件，於刑事訴訟程序提起附帶民事訴訟請求損害賠償事件，經本院刑事庭裁定移送前來（107年度交附民字第245號），本院於民國111年8月19日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴及其假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序事項：

一、民事訴訟法第427條第2項於民國110年1月20日經總統令公布修正第11款，新增本於道路交通事故有所請求而涉訟之事件，不問其標的金額或價額一律適用簡易程序，並自公布之日起算至第3日起發生效力即自110年1月22日起施行。上開修正條文施行後，於修正前已繫屬之事件，其法院管轄權及

審理程序，未經終局裁判者，適用修正後之規定，曾經終局裁判者，則適用修正前之規定，民事訴訟法施行法亦增訂第4條之1之規定。從而，本件原告係因道路交通事故之損害賠償事件，依訴訟標的金額原應適用通常程序處理，然依修正後之民事訴訟法第427條第2項第11款規定，即應依簡易訴訟程序辦理，本件於民事訴訟法第427條第2項修正前即已繫屬本院，於修正後尚未經終局裁判，依修正之民事訴訟法施行法第4條之1第1款規定，即應改行簡易程序，逕依簡易訴訟程序為裁判，先予敘明。

二、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但請求之基礎事實同一，擴張或減縮應受判決事項之聲明，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第2款、第3款定有明文。查原告於107年5月30日提起刑事附帶民事訴訟時原聲明為：1.被告張定遠及統聯汽車客運股份有限公司（下稱統聯公司）應連帶給付原告5,500,000元，並自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息；2.原告願供擔保，請准宣告假執行（參見本院107年度交附民字第245號卷第1-2頁）。嗣原告於108年1月9日以民事準備（一）狀追加新安東京海上產物保險股份有限公司（下稱新安公司）為被告，訴之聲明則更正為：1.被告張定遠及統聯公司應連帶給付原告211,700元，並自刑事附帶民事訴訟狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。2.被告新安公司應給付原告666,667元，並自本訴訟繕本送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。3.原告願供擔保，請准宣告假執行（見本院107年訴字第3639號卷【下稱訴字3639號卷】第91-103頁）。原告案件進行中於108年3月19日亦有變更訴之聲明，最終於110年8月6日以民事聲請調查證據暨變更聲明狀，變更聲明為下列原告訴之聲明所載（參見訴字3639號卷第379-382頁），原告主張之原因事實同一，核屬追加及減縮應受判決事項之聲明，揆諸前開規定，應予准許。

貳、實體事項

一、原告主張：

㈠被告張定遠係統聯公司之司機，負責駕駛大客車載送乘客之業務，為從事駕駛業務之人。其於105年6月15日上午，駕駛統聯公司之車牌號碼000-00號營業用大客車，沿臺中市中區南京路由東往西方向行駛，於同日上午5時56分許，行經南京路與建國路交岔路口，欲左轉建國路時，原應注意行近行人穿越道前，應減速慢行，遇有行人穿越時，無論有無交通警察指揮或號誌，均應暫停讓行人先行通過，且應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措施，而依當時天候晴、日間自然光線，路面乾燥無缺陷、無障礙物，視線良好，並無不能注意之情事，竟疏未注意及此，適有行人即原告之妹林玉英自南京路由東往西方向跨越建國路之行人穿越道步行，行走至中央分隔島處，被告張定遠因疏未注意並暫停讓行人林玉英先行通過，其所駕駛上開營業用大客車之左前後照鏡因而擦撞林玉英，致林玉英倒地後，受有手部擦傷、手肘擦傷、臉部擦傷、腹部、下背部及骨盆壓砸傷等傷害，並導致林玉英於同年月23日死亡等情，業經本院刑事庭以106年度交易字第312號判決有期徒刑5月在案。

㈡原告於本案受害人林玉英身亡後，即依強制汽車責任保險法第10條第2項、第7條、第13條之規定向被告新安公司依法聲請死亡給付，然遭被告新安公司以本件為本公司承保車號000－00營業大客車於105年6月16日行經路口撞及行人，致原告家屬林玉英受有體傷，後於105年6月23日不幸身故，原告所請求之事故賠償金，以林玉英死亡原因是否為本次交通事故所致，致引發本件爭議等為由，於106年1月6日以新安東京海上（106）字第10號函否准在案。惟參本院106年度交易字第312號刑事判決理由已認：「...益足證明被害人自車禍發生後，即感到身體不適，並前往醫院就醫，迨至其死亡之期間，依卷存證據資料，除被害人本身之疾病外，並無其他外力因素之介入，導致被害人直接發生死亡之結果，亦即本件車禍之發生，促成被害人既有之心臟疾病受到壓力性的刺

激，而使疾病急遽惡化，終致死亡之結果間，並未出現因果關係中斷之現象，至為明確。」，進而認為：「顯見被害人死亡之結果，無法排除其先前發生車禍之相關性，且被害人本身有冠心病，因車禍造成之外傷，對其原有之心臟疾病造成壓力性刺激，導致疾病惡化，最終因心因性休克死亡，如被害人未發生本件車禍事件，不至於令其原有之心臟疾病惡化，而導致死亡之結果。是就客觀歸責理論而言，本件造成被害人心臟疾病惡化之壓力性外傷，係因本件車禍所致，而本件車禍之發生，係肇責於被告駕駛上開營業用大客車左轉彎時，未注意及暫停禮讓正在穿越行人專用道之被害人，是被害人死亡結果之發生，顯然可歸咎於被告之客觀可歸責性，亦即被告之行為對被害人製造並實現了法所不容許之風險，結果即應歸由被告負責。故被害人死亡之結果，與本件車禍具有相當因果關係，甚為明確。」，故被告新安公司就此部分拒絕理賠實無理由。

㈢依據法務部法醫研究所之回函及鑑定證人許倬憲證詞可知，被害人死亡與車禍有關，希望以被告行為對結果具有原因力之比例做為因果關係之認定基礎，被告應負損害賠償之責。原告林清奇於受害人林玉英在105年6月23日死亡後，即著手為其辦理喪葬事宜，並於105年7月12日先行給付榮天禮儀公司40,000元，其後又支付155,300元及制孝紅包11,200元，並另支付台中市生命禮儀管理處規費5,200元、寶覺寺塔位75,000元，總計原告林清奇支出之喪葬費用為286,700元（計算式：40,000+155,300+11,200+5,200+75,000=286,700）。原告爰依民法第184條第1項、第191條之2、第192條第1項、第188條第1項之規定，請求被告張定遠及其僱用人統聯客運公司連帶負損害賠償責任，另依強制汽車責任保險法第11條第1項、第2項規定，請求被告新安東京海上產物保險公司給付死亡保險金666,667元。

㈣訴之聲明：

1.被告張定遠及統聯汽公司應連帶給付原告286,700元整，並

自刑事附帶民事訴訟狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

2.被告新安公司應給付原告666,667元，並自民事準備（一）狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

3.原告願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告張定遠、統聯公司、新安公司抗辯：

㈠對於臺中市車輛行車事故鑑定覆議委員會鑑定之結果，被告駕駛為肇事原因，被害人林玉英無肇事因素等情不爭執。另法務部法醫研究所之解剖報告書暨鑑定報告書雖載稱:「研判死亡的結果與車禍外傷具有相關性，但死亡與車禍外傷之相關性較低，死亡方式可為意外」；該法醫研究所之函覆亦謂:「本件因車禍之外傷嚴重度不足以致死，但對既有之心臟疾病會造成壓力性的刺激而使疾病惡化。依排除法則，如無車禍之發生，死者或許尚能存活，故死者本身之疾病雖為主要的原因，但如無車禍外傷壓力性刺激，單純存在之缺血性心臟病，尚不足以導致立即死亡。」；鑑定證人許倬憲法醫師亦證稱:伊會認定死者的死亡方式是意外，也就是認為跟車禍外傷有相關性，一般來講的話，伊所謂的相關性較低，就是低於20%以下等語。惟查，林玉英女士於105年6月17日、6月19日，因系爭車禍導致身體不適而前往澄清綜合醫院就醫，於同年6月19日晚上7時許，院方曾要求林玉英住院治療，惟遭林玉英拒絕，並簽署住院病人自動出院意願書後自行離院返家，始發生本件不幸死亡事故，則上開醫院要求林玉英住院治療之病症為何？該病症與林玉英女士因系爭車禍所致體傷是否有相當因果關係？倘林女士遵照醫囑留院接受治療，是否可能使林玉英女士免於該病症導致死亡?在前揭鑑定報告或回函內均未論及。

㈡被告張定遠因系爭車禍事故所涉刑事責任，業經臺灣高等法院臺中分院107年度交上訴字第2148號判決認定其業務過失行為與被害人林玉英之死亡並無相當因果關係，而改判被告張定遠僅負業務過失傷害罪責在案，並經上訴最高法院，最

高法院109年度台上字第2549號判決認定原判決之採證認事並無違反經驗法則、論理法則，亦無任意推論犯罪事實，違背證據法則、判決理由不備、理由矛盾或不適用法則、適用法則不當之違誤，業已駁回上訴定讞在案。又損害賠償之債，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成立要件，故原告所主張損害賠償之債，如不合於此項成立要件者,即難謂有損害賠償請求權存在。最高法院48年台上字第481號判例闡釋甚明。是本件被告張定遠之業務過失行為既與原告胞妹林玉英之死亡結果欠缺相當因果關係，原告請求被告張定遠及統聯公司應連帶賠償其為林玉英支付之喪葬費用286,700元，於法自屬無據，原告請求新安公司理賠死亡給付，亦無理由。另按榮天禮儀社110年8月20日函覆聲明，喪葬費用三聯單為預收訂金40,000元，此預收訂金已包含在喪葬費用理等語，亦見原告此部分請求於法無據。

㈢答辯聲明：1.駁回原告之訴及假執行之聲請。2.如受不利判決，被告願供擔保免為假執行之宣告。

三、本院之判斷：

㈠原告主張：被告張定遠係統聯公司之司機，負責駕駛大客車載送乘客之業務，為從事駕駛業務之人。其於105年6月15日上午，駕駛統聯公司之車牌號碼000-00號營業用大客車，沿臺中市中區南京路由東往西方向行駛，於同日上午5時56分許，行經南京路與建國路交岔路口，欲左轉建國路時，原應注意行近行人穿越道前，應減速慢行，遇有行人穿越時，無論有無交通警察指揮或號誌，均應暫停讓行人先行通過，且應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措施，而依當時天候晴、日間自然光線，路面乾燥無缺陷、無障礙物，視線良好，並無不能注意之情事，竟疏未注意及此，適有行人即原告之妹林玉英自南京路由東往西方向跨越建國路之行人穿越道步行，行走至中央分隔島處，被告張定遠因疏未注意並暫停讓行人林玉英先行通過，其所駕駛上開營業用大客車之左

前後照鏡因而擦撞林玉英，致林玉英倒地後，受有手部擦傷、手肘擦傷、臉部擦傷、腹部、下背部及骨盆壓砸傷等傷害等情，為被告所不爭執，並有臺中市政府警察局第一分局道路交通事故現場圖、道路交通事故調查報告表㈠、㈡、道路交通事故談話紀錄表（林玉英）（張定遠）、現場照片13張、臺中市政府警察局交通事故補充資料表、車牌號碼000-00號圓盤行車紀錄器、被害人林玉英於105年6月15日至澄清綜合醫院急診病歷等附卷可稽（見臺中地方法院檢察署105年度相字第1299號【下稱相驗卷】第30-48頁、第54-61頁）。又被告張定遠上開過失行為所涉過失傷害案件，經臺中地檢署檢察官偵查後，經本院106年度交易字第312號判決、臺灣高等法院臺中分院107年度上交訴字第2148號判決，及最高法院109年度台上字第2549號判決認定被告張定遠犯業務過失傷害罪，處有期徒刑3月，如易科罰金，以1,000元折算一日確定在案，並經本院依職權調閱本案相關刑事案件卷宗審核屬實，堪認原告前揭之主張為真實。

㈡系爭車禍事故發生後，被害人林玉英於105年6月17日、6月19日因身體不適前往澄清綜合醫院就醫，於同年6月19日晚上7時許，經院方要求林玉英住院治療，惟遭林玉英拒絕，於簽署住院病人自動出院意願書後，自行離院，並於同日晚上8時9分許返回其住處，之後即未見其身影，嗣於105年6月23日上午被人發現死亡於住處，有澄清醫院急診病例單、檢查申請及報告單、路口監視器畫面、法務部法醫研究所之解剖報告書暨鑑定報告書可稽（見相驗卷第54-89頁、第97-102頁、第112-117頁）。原告主張被害人林玉英死亡之結果，係與本件車禍事故具有相當因果關係，惟被被告所否認，是本件被告過失之侵權行為是否為造成林玉英死亡之結果，其行為與結果間是否具有相當因果關係，被告是否須就其死亡結果負損害賠償責任為本案之爭點，經查：

1.按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第277條前段定有明文。又民事訴訟如係由原告

主張權利者，應先由原告負舉證之責，若原告先不能舉證，以證實自己主張事實為真實，則被告就其抗辯事實即令不能舉證，或其所舉證據尚有疵累，亦應駁回原告之請求（最高法院17年上字第917號裁判、100年度台上字第415號判決意旨參照）。

2.林玉英遺體經許倬憲法醫解剖鑑定後，許法醫研判：林玉英生前有糖尿病、高血壓、冠心病，其本身心臟之冠狀動脈已達近90%的阻塞，有嚴重的缺血性心臟病，車禍的外傷主因在腹部及肢體，外傷的程度雖不足以致死，但會對既有之心臟疾病造成壓力性的刺激而使疾病惡化，此由車禍發生後到死亡的期間，被害人均感到身體不適，亦支持其相關性，因此研判死亡之結果與車禍外傷具有相關性，惟其相關性應較低些，死亡方式可為意外等情，有法務部法醫研究所解剖暨鑑定報告書在卷可稽（見相驗卷第112至117頁）。鑑定證人許倬憲法醫師於本院刑事案件審理中亦證稱：死者本身患有多項疾病，像心臟疾病方面，血管阻塞滿嚴重的，這跟她自己本身的體質，還有她的生活、飲食習慣，都有相關性，但是後來發生了車禍這個事件，導致她的心臟疾病發作，因為只要加重心臟負荷的原因，都會讓她產生這個結果。至於激烈運動、抽菸、吃太飽、情緒劇烈波動、緊張、熬夜等，對她的心臟疾病會有不良影響，但是要到惡化的程度，必須要有更強烈的原因才有辦法，比方說抽菸，可能對她心臟疾病有不良影響，但是用惡化，感覺上比較不妥適，要到惡化的程度，最常見的是因為壓力造成的，壓力是來自於外傷，在經驗法則上，常常因為外傷導致死者承受更大的壓力，外傷的嚴重度，會導致不同的壓力程度..。如果依照死者生前的病歷資料記載，這些手部擦傷、手肘擦傷，當然不算嚴重，但是病歷最下面寫腹部、下背部、骨盆壓砸傷，基本上有挫傷就算嚴重了，因為挫傷算是比較深層的組織出血。我不知道死者於105年6月15日以前，有沒有其他的就醫紀錄，當初我在看卷的時候沒有看到，我只有看到死者於15日、17日、

19日的病歷資料，就是在車禍發生後，才去就醫的紀錄，因此我認為車禍與死者死亡間是有相關性的。至於因果關係是法院在判定的，不是由法醫來認定，我唯一可以認定的就是這件車禍的外傷，還有包括死者本身患有疾病，跟她的死亡結果間，是有相關性的。如果依死者病歷所受的傷勢，一般的人受到同樣程度的傷害，正常的人不會死亡，所謂的自然死就是單純的疾病死亡，在法醫學上會認為是自然死，但只要有其他的原因存在，不是單純的自然死，就會認為是其他的死亡方式。所以我會認定死者的死亡方式是意外，也就是認為跟車禍外傷有相關性，一般來講的話，我所謂的相關性較低，就是低於20%以下，在解剖暨鑑定報告書上，我有記載研判死亡原因：甲是心因性休克，乙是缺血性心臟病惡化，丙是肢體及腹部挫傷、冠心病，丁就是行人(死亡)與大客車之車禍，如果從字面上來看，因為死者跟大客車有發生擦撞的車禍事件，造成死者的肢體及腹部有一些挫傷，我解剖時有打開死者右大腿，發現皮下組織有出血，而不是單純的擦傷而已。她自己又患有冠心病的疾病，就是心臟疾病，導致她本來既有的缺血性心臟疾病惡化，最後因心因性休克而死亡，所以甲乙丙丁只是一個進程，從下面往上解讀上去等語（見本院106年度交易字第312號刑事卷【下稱交易字第312號卷】第149-153頁反面）。另法務部法醫研究所於106年7月7日以法醫理字第10600019160號函覆本院刑事庭表示：「本件因車禍之外傷嚴重度不足以致死，但對既有之心臟疾病會造成壓力性的刺激而使疾病惡化。依排除法則，如無車禍之發生，死者或許尚能存活，故死者本身之疾病雖為主要的原因，但如無車禍外傷壓力性刺激，單純存在之缺血性心臟病，尚不足以導致立即死亡」（見交易字第312號卷第52頁）。

3.然鑑定證人李世仁醫師，是林玉英於105年6月19日至澄清醫院看診的醫師，李世仁醫師於二審刑事案件審理中證稱：（所以依照當天你的診斷，你認為被害人在105年6月19日回

診，她的這些暈眩的症狀主要是因為糖尿病引起的？）對，可以這麼說，因為她假如是腦部的問題，外傷引起的，電腦斷層我們會做第二次，所以第二次的電腦斷層也沒問題，這種情況應該是高血糖引起的。（她當天的這個症狀跟心臟的這些問題有沒有關係？）沒有關係。（一般我們的血糖正常的數值是多少？）飯前可能就是在100上下，飯後是250以內。（當天檢查林玉英的血糖數值是多少？）571。（571這個數值就你們來說，她這個高血糖的嚴重程度是到什麼程度？）不好，所以才會留那麼多小時，留了8個小時的原因在這邊。（571很嚴重？）很嚴重。（血糖太高是不是造成她的血壓降低產生頭暈的現象？）對。（當天患者林玉英的頭暈現象可以確定的排除是有腦震盪的因素引起的？）可以。（平常一般人如果血糖到多少，就有可能產生昏迷或是休克的現象？）她後面19號那個已經符合她昏迷的條件。（516已經符合昏迷的條件？）對 ，因為她有那個DKA叫作糖尿病引起的酮酸症。（酮酸中毒？）對，她已經有了，因為她那時候住院，主要是因為這個的問題，她的氧氣是酸的，她的電解質那一些...我們會抽動脈血，看她的酸鹼值是多少，她是酸的，所以她符合酮酸中毒。（所以即使516也符合昏迷條件？）對。（假設一個人昏迷，旁邊沒有人狀況下，最後會變成怎樣？）就沒有呼吸、沒有心跳。（沒有呼吸，沒有心跳，然後就走掉了？）對。19日做心電圖，她的心電圖是正常的。（你的意思是105年6月19日當天被害人的心電圖是正常的？）正常，她那個心電圖是叫作竇性頻脈，是心跳比較快一些，那個不是冠狀動脈的問題。（心跳比較快這一件事是正常的？）那個是糖尿病脫水的問題。（你當天有建議林玉英女士住院，原本預計住院之後要對她施加哪一些治療？）控制血糖，然後電解質要控制。（林玉英後來為什麼沒有依照你的建議住院接受治療，這個原因你知道嗎？）病人不要住院，我們也沒辦法，她是自己不要住的。（6月19日你研判應該是她血糖過高造成暈眩，當時你

建議她住院是因為要診治高血糖的問題，是嗎？）對。（據你所知，這一次如果說糖尿病因為車禍引起高血糖造成暈眩的關聯性是怎麼樣？）可能沒有那麼大，應該主要還是高血糖的問題。（高血糖平常是怎麼形成的？）糖尿病引起的，控制不好。（你剛才講說她有做缺血性心臟的一些檢查，她心臟的心電圖都正常，她去那邊有沒有跟你講說她心臟之前有變異或是之前有碰到問題？有沒有跟你陳述說她之前曾經因為心臟病等等之類的？）沒有，她只有糖尿病的問題。（當天你建議要治療這個高血糖、糖尿病的問題，建議要住院，她不願意住院，你們在醫護立場，有沒有跟她講這個可能的一些後遺症？）一定會講到等語（見臺灣高等法院臺中分院107年度交上訴字第2148號卷【下稱交上訴字第2148號卷】二第102頁以下）。

4.法醫研究所及許倬憲法醫雖研判被害人林玉英係因車禍導致缺血性心臟病惡化，導致心因性休克而死亡。但最後看診之李世仁醫師則認為糖尿病才是被害人最嚴重的問題，且應該因此導致林玉英酮酸中毒進而休克死亡。原告則主張：被害人105年6月15日就診時檢查D-Dimer（D-D雙合試驗）之血管栓塞指數超標，且106年6月17日心電圖顯示被害人心肌缺氧，105年6月19日護理記錄記載心肌梗塞，可見確實是因為心臟疾病死亡，鑑定證人雖稱是糖尿病，但從無看診醫師診斷被害人為糖尿病。經查：

⑴林玉英103年9月17日病歷顯示有【靜脈炎及血栓】，之後於103年9月24日病歷【過敏性血管炎】、104年7月7日病歷、104年7月15日病歷、104年7月29日病歷、104年8月26日病歷、104年9月22日病歷均診斷【暫時性腦部缺氧】（見交上訴字第2148號卷一第170-176頁）。而鑑定證人李世仁醫師於刑案二審審理中證稱「（問：...你可以看一下103年有靜脈炎及血栓，101年、103年的病歷都是這一些靜脈炎及血栓、缺氧，你可以解釋一下嗎？）所以她都是因為糖尿病引起的一些慢性疾病。（糖尿病會常常這種頭暈缺氧嗎？）

會，而且她腳也腫，所以會有一些問題。..血糖控制不好，她血管更不好，血管比較會發炎，腎臟會壞掉，眼睛也會有問題，這些都是糖尿病慢性的問題。」（見交上訴字第2148號卷二第121頁）等語。暫時性腦缺氧，就是血栓堵住了往腦部的血液與氧氣，導致腦部一到五分鐘暫時性缺血，通常稱為小中風（見交上訴字第2148號卷二第51頁），可知林玉英長期糖尿病帶來血栓危險，已經產生一些併發症，並有血管發炎的情形。

⑵本件於105年6月15日上午5時59分發生車禍，林玉英於105年6月15日06：11被送到達澄清醫院平等院區急診，經體檢血壓是174/84mmHg，比正常值120/80mmHg高很多，脈搏PR:77/min、呼吸PR:20/min，並急診發現「手部擦傷、手肘擦傷、臉部擦傷、腹部、下背部及骨盆壓砸傷等傷害」，檢查心臟「Heart:Regular heart beat,no audible murmur」（心臟：正常心跳，沒有聽得見的雜音）。當日上午08：29再量血壓168/98mmHg（交上訴字第2148號卷一第158頁），林玉英於當日上午08:40注射破傷風（相驗卷第59頁）後，離開急診（見相驗卷第54頁病歷、交上訴字第2148號卷一第152頁）。兩次血壓數值都很高，加上過去病史，可見林玉英有高血壓慢性病。

⑶林玉英105年6月15日18:32又回診澄清醫院平等院區時，陳述「頭痛、嘔吐二次」，18:32測得血壓161/69mmHg，20：40再測血壓169/91mmHg均比正常值120/80mmHg高很多（交上訴字第2148號卷一第158頁），醫師於18:44批示要進行「GLUCOSE AC(空腹血糖）」、D-Dimer（D-D雙合試驗）、EKG（一般心電圖檢查）Troponin-I（心臟肌鈣蛋白TnI型檢查）、CK-MB（心臟肌酸肌胺酵素）」等檢查（交上訴字第2148號卷一第153頁）。105年6月15日當日做心電圖檢查結果「Normal sinusrhythm（正常竇性心律），及Non-specific ST-Tchange（非特異性ST-T波變化）」（相驗卷第76頁）。105年6月15日當日19:13血液報告完成（相驗卷第70-71

頁）、當日19:36有關心臟生化檢驗報告完成（相驗卷第72頁）、當日19:53有關糖尿病生化檢驗報告完成（相驗卷第73頁）。當日19:17檢驗出血液PH值「7.361」、19:36檢驗出Troponin-I（心臟肌鈣蛋白TnI型檢查）小於0.05、CK-MB（心臟肌酸肌胺酵素）值1.4、GLUCOSE（血糖）464、K(血鉀）4.1，及19:59檢驗出D-Dimer（D-D雙合試驗）3695.95」（交上訴字第2148號卷一第154頁）。

⑷關於上開各項檢驗數值之意義，詳如附表所示，就林玉英於105年6月15日病況，鑑定證人李世仁醫師於刑事二審審理中證稱：「（問：林玉英她到你們醫院好像檢查一個D-Dimer指數，就是血栓指數的一個檢驗叫血栓指數的報告說她這個D-Dimer指數高達3695，你知道這個指數的意思嗎？）那個是算栓塞的問題的指數。（血管栓塞？）對。（血管栓塞是不是也包含心肌梗塞？）當然。（心血管栓塞也是一樣？）不過這個特異性不高，診斷心肌梗塞的特異性不是看這個，這個是外傷也會高，因為你撞到嘛，所以她這個血管可能剝落類似這樣子，所以這個不是診斷心肌梗塞的一個指數。（你剛才有講到說外傷碰撞有可能那一瞬間血管上的小東西就剝落？）對，它那個特異性真的不高，那只是給我們做參考而已。（所以這個指數很高就不一定必然會心肌梗塞？）這不是，你看上面那個，那邊有一個叫Troponin-I小於0.05，就那個綠色的標記上面不是有個CK-MB嗎？（CK-MB那個指數是什麼意思？）CK-MB是心肌梗塞的酵素，她1.4，她正常，然後Troponin-I小於0.05，這一些東西比較重要。（這兩個比較重要？）對，心肌梗塞這兩個比較重要，還有心電圖，症狀、心電圖再加心臟酵素，這是心肌梗塞必要的條件，所以跟D-Dimer根本沒有關係。（所以你如果只看這一些檢查報告，心電圖正常，CK-MB指數還有Troponin指數，你覺得她心臟是正常的？）對，就是要看這個，這個比較重要。（是看心肌酵素？）對，D-Dimer那個東西跟外傷也會有關係，雖然跟栓塞有關係，不過它不是用來診斷心肌梗

塞。」等語（本院卷第二第119頁以下），故依106年6月15日檢查結果，被害人林玉英心電圖正常，CK-MB、Troponin-I檢查之結果也都在正常範圍內，並無心肌梗塞之跡象。

⑸105年6月17日上午林玉英又回診澄清綜合醫院平等院區，診斷為「胸痛、頭暈及目眩，呼吸急促，第二型糖尿病，未伴有併發症」。醫師要求測Finger Sugar（指尖血血糖），測得血壓133/105mmHg，醫師並進行EKG（一般心電圖檢查）（交上訴字第2148號卷一第177頁、相驗卷第78頁）。上午11:02血糖檢驗報告出來，FingerSugar（指尖血血糖）高達417mg/dL，建議參考值只有70至100而已，林玉英的血糖已經是參考值的四倍（見相驗卷第77頁生化報告），上午11:07胸腔放射科檢查結果，結果「Normal heart size Chronic infiltration with fibrotic change in the bothlungs.」（相驗卷第80頁），肺部雖有一點浸潤或纖維化，但不是致命疾病。105年6月17日當日心電圖的結論是「Normal sinus rhythm、Non-specific ST-Tchange、myocardial ischemia」（相驗卷第79頁）。即正常竇律、非特異性ST-T波變化、心肌缺氧。myocardial ischemia表示林玉英有心肌缺氧跡象，但依前揭法醫師解剖報告及證詞，被害人林玉英本身心臟之冠狀動脈已達近90%的阻塞，有嚴重的缺血性心臟病，則有時因缺血而出現心肌缺氧是難免的現象，且其心律、ST波都正常，可見其心臟當時尚能發揮功能。

⑹林玉英於105年6 月19日11：38至19：10又到澄清醫院平等院區求診，治療時間長達7小時32分（交上訴字第2148號卷一第160頁），主訴「病患來診為6/15車禍有撞到頭部，反覆感頭暈，噁心嘔吐，今早症狀加劇，合併有冒冷汗情形，故入。眩暈、頭暈，慢性或反覆性眩暈，生命徵象正常，無發燒，無疼痛不適。」（本院卷一第163頁）。當日體檢結果：血壓126/84 mmHg、脈搏PR:110/min、呼吸PR:20/min。醫生還開給林玉英actrapid 10 unit（愛速基因人體胰島素，糖尿病藥物）（以上見交上訴字第2148號卷二第160

頁）。12:10醫師要求林玉英要做「GLUCOSE AC(空腹血糖），Finger Glucose、EKG（一般心電圖檢查）」等檢查（相驗卷第63頁）。當日14:07檢驗血壓180/81 mmHg；15:22檢驗血壓173/81mmHg；19:06檢驗血壓158/56 mmHg，顯然血壓已經到很異常之程度。14:32及19:06及19:17醫師強烈建議林玉英住院，但是林玉英拒絕住院（交上訴字第2148號卷一第164、165頁），離院時檢驗為「頭暈及目眩、第二型糖尿病、伴有高血糖、低血鉀症」，林玉英主訴有頭暈、暈眩之症狀，【經檢驗FingerSugar（指尖血血糖）高達516mg/dL】，但是正常人指尖血糖參考值只有70至100mg/dL（見相驗卷第87頁生化檢查報告），林玉英的血糖是正常人的5、6倍之多。105年6月19日14:36生化檢驗結果，GLU（尿糖）指數為++++，KET（尿的酮體）指數為++++。而正常人尿液檢查參考值，GLU（尿糖）指數應該要出現Normal，正常人KET（尿的酮體）指數不應該出現+號（以上見交上訴字第2148號卷一第162頁，血液檢查報告可見相驗卷第83-84頁、86頁尿液檢查報告）。而檢驗報告有附正常參考值，GLUCOSE（血糖）參考值建議在70至100之間，而林玉英高達571。Na（鈉）參考值建議在135至148之間，而林玉英只有127。K（鉀）參考值建議在3.5至5.0之間，而林玉英只有2.6（見相驗卷第85頁）。醫學上判斷「酮酸中毒」之標準，即血糖≧300mg/dl，尿中酮體陽性，血漿HCO3-≦15mmol/L，則可診斷其有糖尿病酮酸中毒（見交上訴字第2148號卷一第161頁馬偕醫院李燕晉衛教文章、第165頁鹿基醫院莊武龍醫師衛教文章），林玉英105年6月19日檢驗血糖高達571，血漿HCO3-只有3.2，KET（尿的酮體）指數為++++，已經符合糖尿病酮酸中毒跡象。另鑑定證人李世仁醫師又於刑事二審審理中證稱「（平常一般人如果血糖到多少，就有可能產生昏迷或是休克的現象？）她後面19號那個已經符合她昏迷的條件。（516已經符合昏迷的條件？）對，因為她有那個DKA叫作糖尿病引起的酮酸症。（酮酸中毒？）對，她已經有

了，因為她那時候住院，主要是因為這個的問題，她的氧氣是酸的，她的電解質那一些...我們會抽動脈血，看她的酸鹼值是多少，她是酸的，所以她符合酮酸中毒。（所以即使516也符合昏迷條件？）對。（假設一個人昏迷，旁邊沒有人狀況下，最後會變成怎樣？）就沒有呼吸、沒有心跳。（沒有呼吸，沒有心跳，然後就走掉了？）對。」（交上訴字第2148號卷二第103頁）。

⑺由上開病歷之檢驗結果，可知林玉英當時雖然有缺血性心臟病，但心臟功能尚未全然喪失，亦無明顯心肌梗塞危及生命之情事，另一方面，林玉英當時血糖極高，並有糖尿病酮酸中毒之現象。且林玉英主訴暈眩等症狀，顯然此糖尿病酮酸中毒之情形已經影響林玉英之意識。林玉英拒絕住院返家後，因其為一人獨居，酮酸中毒導致昏迷後無人救助終休克死亡，也是很可能發生的情況。故以林玉英之病歷觀之，其確實有相當可能是因為糖尿病酮酸中毒而休克死亡，原告主張係因車禍受傷導致心臟病加重而死亡，尚難採取。

5.而本院為求慎重，再將本件送請中國醫藥大學附設醫院（下稱中國附醫）鑑定，鑑定結果如下（見本院卷110年度簡字第324號卷（下稱本院卷）第181-182頁）：

⑴本院詢問：「請說明病人林玉英105年6月19日心電圖報告上記載狀況之醫學意義？」，該院認為：1.竇性心搏過速(sinus tachycardia):其醫學意義是指心跳從竇房結發出速度大於每分鐘100下的心律。是心臟對各種外來壓力所產生增加心輸出量的一種反應。常見的原因包括有較激烈的運動、發燒、疼痛、焦慮、脫水、某些藥物或毒品、貧血、休克、甲狀腺機能亢進、心臟衰竭、心肌梗塞等，都會出現竇性心搏過速。2.心房早期收縮(atrial premature contractions,APC):其醫學意義是指心房的任何位置，比起竇房結應該跳出的時間，更加提早發出異位的代表，.房去極化的P波。許多原因包括身體受到壓力、疲倦、懷孕、高血壓、多種心臟病變、甲狀腺機能亢進、咖啡因、酒精、某些治療感冒和氣喘

的藥物、脫水等，都會出現心房早期收縮。3.擴散低電位(diffuse low voltage):其醫學意義是指心電圖QRS波的高瓜減少。常使用的定義是指肢導極高度小於5mm以及胸前導極高度小於10mm。常見原因包括肺氣腫、慢性阻塞性肺部疾病、心包膜腔積液、肋膜腔積液、全身性水腫、心肌病變、肥胖的病人的心電圖等，都可能看到擴散低電位。

⑵本院詢問「病人林玉英105年6月15日D-Dimer3695.95，105年6月19日AST-21，6/19CRP=1.81，其醫學意義為何？原告表示均與心肌梗塞、心臟衰竭等心臟症狀有關，是否正確？」，該院認為：

①D-dimer，中文名稱為D-D雙合試驗，其醫學意義如下：D-dimer是一種監測身體是否有發生血液凝結情形的指標。當受傷止血後或血管中有不正常血塊產生後，身體會開始降解這些產生的血塊，此時所產生的分解產物的一個部分即是臨床上所使用的D-dimer。傳統上，D-dimer陽性是用來協助幫助診斷瀰漫性血管內凝結(Disseminated intravascular coagulation)、深層靜脈栓塞(deep vein thrombosis)、肺栓塞(pulmonary embolism)等疾病。臨床上，有很多情況會造成D-Dimer上升。因此它並不是一種具有特異性的診斷工具。常見的D-dimer上升原因如下：創傷、手術、血腫、惡性腫瘤、溶栓治療、嚴重感染發炎、肺炎、肝硬化、懷孕、動脈粥樣硬化、長期臥床等，都有可能上升超過正常參考數值。因此，D-dimer並不是一個特異性的監測指標。病人於105年6月159D-Dimer3695.95ng/ml(參考值＜500)的数值有升高，可能與此病人發生車禍所造成的創傷淤血有關。

②Aspartate aminotransferase(AST)，又稱GOT，中文名稱為天門冬胺酸轉胺酶，其醫學意義如下：AST這項檢驗是主要用於測量肝細胞受損的指標。肝細胞會產生AST，當肝臟受損時，AST會升高。不過，AST除存於肝細胞中，也存於腦部、心臟、腎臟等器官的細胞。因此，AST的值偏高，也可能表示上面這些部位發生問題。因此，AST並不是一個特異

性的監測指標。

③CRP(c-reactive-protein)，中文名稱為C反應性蛋白試驗，其醫學意義如下：CRP是一種急性發炎及組織受損的指標，也可用於疾病治療後評估復原的狀態。當細菌感染時，CRP可能會升很高，因此可用於區別是否為病毒(CRP常為正常)或細菌感染。在急性發炎反應的反應過程中(如外傷、燒傷、局部缺血、各種感染等)，CRP會經由肝臟大量分泌而迅速上升，當個體遇到急性發炎反應時，血清中的CRP會在6-8小時內快速上升，並且在24-48小時內達到高峰。因此，CRP並不是一個特異性的監測指標。病人於105年6月19aCRP1.81 mg/dl（參考值＜0.3），這些微升高的CRP，可能與此病人之前發生車禍所造成的創傷後，身體所產生的急性發炎反應有關。

④此三樣生化數值（D-dimer、AST、CRP）都是用於協助診斷其他疾病，與診斷心肌梗塞和心臟衰竭並無特異性的直接關聯。

⑤診斷心肌梗塞特異性的指標為心肌酵素CK-MB和Troponin-I。病人在105年6月15日晚上的心肌酵素CK-MB1.4ng/ml（參考值＜4.3）和Troponin-I＜0.05ng/ml（參考值＜0.4），皆屬於是正常範圍數值。而診斷心臟衰竭特異性的指標為BNP。病人在105年6月150晚上的BNP13.8pg/ml（參考值＜100），亦為正常範圍數值。從病歷資料顯示，病人於105月6月15日晚上，並沒有心肌梗塞和心臟衰竭的生化檢查的證據。

⑥原告表示此三樣數值（d-Dimer、AST、CRP）與診斷心肌梗塞和心臟衰竭的症狀有關，並不適當。

⑶本院問「由卷內資料判斷，病人林玉英於105年6月19日時是否已經有心肌梗塞之狀況？若是，是否已有致死之風險？」，鑑定意見：1.診斷心肌梗塞主要是依照臨床症狀、心肌酵素的變化、心電圖的連續性變化三者來做綜合判斷。患者於105年6月15日晚上的實驗數值，其心肌酵素CK-MB1.4

ng/ml（參考值＜4.3）和Troponin-I＜0.05ng/ml（參考值＜0.4）＞皆是正常範圍數值。而105年6月17日和105年6月19日時並沒有檢驗心肌酵素。檢視病人病歷，於105年6月15日急診時病人主訴中有一項為胸悶（chest tightness），於105年6月17日門診時病人主訴中有一項為胸悶，於105年6月19日急診時，則未有胸悶的主訴。病歷上的105年6月15日心電圖正式報告確認為正常竇性心律、非特異性ST-T變化（normal sinus rhythm、non-specific ST-T change）。105年6月17日心電圖正式報告確認為正常竇性心律、非特異性ST-T變化、心肌缺氧（normal sinus rhythm、non-specific ST-T change、myocardial ischemia）。105年6月19日心電圖正式報告由鄭鴻璋醫師確認為為竇性心搏過速、心房早期收縮、擴散低電位（sinus tachycardia、APC、diffuse low voltage）。綜合上述病歷記載，並將105年6月19日當下的心電圖和105年6月15日以及105年6月17日的心電圖比較後。並沒有證據顯示已經發生心肌梗塞。

⑷本院問「病人林玉英於105年6月19日是否有血液酸度過高之狀況？若是，此一症狀會對病人林玉英造成何種影響?是否可能昏迷甚至休克死亡？」，鑑定意見：105年6月19日病人產生高血糖，尿液常規分析出現酮酸，診斷為糖尿性酮酸中毒。症狀可能會有意識遲鈍或昏迷，嚴重可能導致腦水腫及死亡。如上所述，病人林玉英105年6月19日下午14:17動脈氣體分析pH7.04，明顯低於正常值（73-7.4），且HCO33.2mEq/L，亦明顯低於正常值（21.0-28.0），屬於代謝性中毒，有明顯血液酸度過高現象。代謝性酸中毒會影響呼吸、心血管及神經系統，造成呼吸急促、心臟收縮力壓抑、周邊血管擴張、肺水腫、中樞神經功能抑制及昏迷，綜合以上作用可以導致休克及死亡。

⑸故由上開鑑定結果，鑑定醫師亦認為被害人林玉英當時並沒有明顯心肌梗塞之狀況，但當時之高血糖及代謝性酸中毒狀況已經可以導致昏迷休克，與本院前揭認定相符。

6.上開解剖暨鑑定報告書及法醫研究所回函，雖研判林玉英死亡原因是缺血性心臟病惡化，導致心因性休克。但是105年6月19日當日一般心電圖檢驗報告結論「sinus tachycardic、APC、Diffuse low voltage」（相驗卷第89頁）。其中竇性心搏過速(Sinus Tachycardia)：即心率穩定但略快，APC（即Atrial Premature Contractions）即心房早期收縮，Diffuse low voltage即擴散低電位。雖然不能說完全正常，但也沒有心肌梗塞等致命徵兆，考量當時林玉英血壓極高，血液中鈉、鉀等電解質都有失衡之情況，其心跳略快也是合理的。參以鑑定證人李世仁醫師於刑事二審審理中結證稱：「19日做心電圖，她的心電圖是正常的。（你的意思是105年6月19日當天被害人的心電圖是正常的？）正常，她那個心電圖是叫作竇性頻脈，是心跳比較快一些，那個不是冠狀動脈的問題。（心跳比較快這一件事是正常的？）那個是糖尿病脫水的問題。（你當天有建議林玉英女士住院，原本預計住院之後要對她施加哪一些治療？）控制血糖，然後電解質要控制。（林玉英後來為什麼沒有依照你的建議住院接受治療，這個原因你知道嗎？）病人不要住院，我們也沒辦法，她是自己不要住的。」（交上訴字第2148號卷二第110頁）。所以105年6月19日時，李世仁醫師認為林玉英沒有立即心臟病問題，而是糖尿病酮酸中毒，預計要進行的治療是控制血糖和電解質，不是治療缺血性心臟病。故林玉英是否因為心臟原因休克，容有疑問。

7.原告雖主張被害人D-Dimer、CRP、AST指數均過高，配合上開心電圖紀錄，顯示確實有心臟問題云云。然被害人D-Dimer之指數雖高，但此並非針對心肌梗塞或缺血性心臟病之檢查指數，鑑定證人李世仁醫師證詞及附表所示醫療文獻均一致指出其特異性不高（即此指數無法特定連結至某一疾病之意），如附表所示醫療文獻均記載臨床上是用來排除深部靜脈栓塞及肺栓塞，即此指數若較低，可以排除病人罹患深部靜脈栓塞及肺栓塞之可能，但不能反過來說指數高就一定有

心肌梗塞。另CRP、AST指數雖過高，然中國附醫鑑定報認為此2項指數亦不能特定為心肌梗塞之指標。而診斷心肌梗塞特異性的指標應該為心肌酵素CK-MB和Troponin-I ，林玉英此2項檢查都正常，心電圖亦無明顯心肌梗塞狀況等情，已經證人李世仁醫師結證如前，中國附醫鑑定報告亦為相同認定，依現存病歷資料實難認定被害人林玉英已有心肌梗塞之狀況，原告以被害人D-Dimer、CRP、AST指數及心電圖報告推論被害人有心肌梗塞，應屬無據。

8.原告又稱105年6月19日護理記錄已經記載心肌梗塞云云，但該日護理記錄沒有這樣的記載（相驗卷第66-67頁），原告所指可能是護理記錄記載「（+）ST」，但心電圖出現ST段上升不一定是心肌梗塞造成，還有其他的可能性，且心電圖報告之醫師除了上開說明外並沒有特別註記ST段上升或是心肌缺氧、心肌梗塞等，原告主張護理記錄已經記載心肌梗塞，容有誤會。且本院詢問中國附醫「護理記錄記載『ST+』，但心電圖報告並無ST段升高之說明，由病歷中所附心電圖，可否看出病人林玉英105年6月19日有ST段升高之情形？」，鑑定結果認為：「護理師於105年6月19日於護理紀錄ECG處寫(+)ST14:31。心電圖報告內容為竇性心搏過速(sinus tachycardia)、心房早期收縮(APC)、擴散低電位(diffuse low voltage)。其所檢附心電圖顯示完成時間為0000-00-00 00:50:46，並沒有看到明顯的ST段升高的現象。ST在臨床醫學護理上亦也可為stat的縮寫。此縮寫是指立即執行的意思，通常為一次性醫囑(可google:stat醫學中文)。依本案情形，可推論為護理人員大約於14:31去執行完心電圖，故寫下ST(+)14:31。而心電圖完成時間為0000-00-00 00:50:46，因此在14:31當下當下的護理人員並沒有心電圖可供判讀，自然也不存在ST上升的情形。」（見本院卷第180-181頁），更可見原告以護理記錄記載「（+）ST」作為被害人有心肌梗塞之證據，不足採取。

9.原告又主張：林玉英先前無糖尿病就診記錄，看診醫師也沒

有診斷為糖尿病或開立相關藥物，血糖過高可能是心肌梗塞等其他原因所引起云云。然查：

⑴林玉英在105年6月15日、105年6月19日抽血檢測血糖值均超標數倍，而林玉英年近60，顯然不可能是遺傳導致之第一型糖尿病，必然是後天發生之第二型糖尿病，此種後天性糖尿病為慢性疾病，一般而言不可能一發病血糖馬上超標數倍，再參以林玉英早有血管發炎之病史，亦屬糖尿病可能出現之症狀，故應該是先前已經有糖尿病，只是沒有診斷出來而已。而且澄清醫院醫師確實有開立actrapid（愛速基因人體胰島素，糖尿病藥物），亦非如原告主張沒有開立相關藥物。

⑵另本院就此部分有送鑑定，本院詢問「病人林玉英於105年6月15日血糖464，105年6月19日升高至571，由卷內病歷資料等判斷，此血糖過高之原因，是因為病人林玉英自身患有糖尿病？或是心肌梗塞等其他原因所引起？如果無法確定，可否判斷哪一種可能性比較高？」鑑定意見認為：病人林玉英血糖偏高（000-000mg/dL）已超過糖尿病診斷標準（空腹大於126或隨機大於200），且合併有代謝性酸中毒（pH7.04，HCO3-3.2mEq/L）及尿酮強陽性（++++），並已符合糖尿病酮酸中毒的診斷標準。依病歷資料記載無法確定病人是否原先就已有糖尿病，不過，依臨床經驗判斷，應是血糖本來就偏高，在急性病症（包括心肌梗塞）的刺激下，血糖更形增高，甚至誘發酮酸中毒（見本院卷第183頁）。是鑑定醫師亦認為被害人林玉英應該原本就有糖尿病故血糖偏高，至於鑑定報告中所稱「在急性病症（包括心肌梗塞）的刺激下，血糖更形增高」，應係針對本院詢問問題所為一般性說明，即醫學學理上心肌梗塞可能造成血糖上升，蓋鑑定報告認為依照病人林玉英之病歷無法看出當時有心肌梗塞之情形，已如前述，顯然不可能認為本件之血糖升高為心肌梗塞造成。

⑶由上所述，原告主張林玉英無糖尿病不可能糖尿病酮酸中毒死亡，不足採取。

10.依上開證據綜合判斷，堪認林玉英並非死於心肌梗塞，即因心血管堵住才休克死亡，亦非心情不好引發心臟病，這種影響力是微乎其微的，林玉英之死亡係因為糖尿病造成血液酮酸中毒，血液太酸又帶著毒性，以致中毒昏迷，因血液無法提供養分給心臟，心臟也無法支應全身所需，慢慢死亡，此亦符合鑑定死亡原因也是休克之結論。

㈢按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。民法第184條第1項前段定有明文，該條屬於侵權行為損害賠償之債，是依最高法院48年台上字第481號判例所述：「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，有相當因果關係為成立要件。故原告所主張損害賠償之債，如不合於此項成立要件者，即難謂有損害賠償請求權存在。」，而所謂相當因果關係，係以行為人之行為所造成之客觀存在事實，依經驗法則，可認通常均可能發生同樣損害之結果而言；如有此同一條件存在，通常不必皆發生此損害之結果，則該條件與結果並不相當，即無相當因果關係；不能僅以行為人就其行為有故意過失，自認該行為與損害間有相當因果關係（最高法院90年度台上字第772號判決參照）。本案林玉英在車禍中所受的傷害並不嚴重，依證人即林玉英同事林雪妹於刑事二審之證述（見交上訴字第2148號卷二第25-60頁），林玉英還可以去上班幾天，鑑定證人許倬憲法醫師及李世仁醫師，均認為林玉英所受的傷害是不足以致死，已如前述。依本院前揭認定，林玉英係因糖尿病惡化，引發酮酸中毒，導致昏迷休克，依照我國實務主張相當因果關係說，一般人受此車禍傷害是不會致死的，就算患有糖尿病的人受此傷害，只要糖尿病控制得宜，也是不會致死的，故被告張定遠就系爭事故之過失傷害行為與林玉英死亡結果間並無相當因果關係，原告請求被告張定遠及統聯公司應連帶賠償林玉英死亡之喪葬費用286,700元，及請求被告新安公司給付強制責任保險之死亡保險金666,667元，均無理由，應予駁回。

四、綜上所述，被告張定遠之車禍過失傷害行為，與林玉英之死亡結果間欠缺相當因果關係，並不符合侵權行為之成立要件，自難令其對原告負損害賠償責任，被告統聯公司即被告張定遠之僱用人亦無須負連帶損害賠償責任，另被告新安公司亦無須為死亡保險給付。從而，原告依民法侵權行為損害賠償之法律關係，及強制汽車責任保險法之規定，請求被告等賠償如訴之聲明所示之金額，為無理由，應予駁回。其假執行之聲請亦因之失所附麗，應併予駁回。

五、本件判決事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，均已無礙本院上開審認，自毋庸逐一論駁。另原告雖請求調查被害人林玉英105年6月15日至19日在澄清醫院就診檔案之修改存檔之日期，其聲請調查之理由為電子病歷很容易增刪，也許是事後補登修改意圖脫罪，需要調查檔案建置修改存檔之日期，但本件於105年6月23日發現被害人死亡，檢察官於105年6月27日即命警向澄清醫院調取完整病歷並附於相驗卷宗，當時醫院根本不知道有被害人死亡之情事，自然也不可能去修改病歷資料，故此部分並無調查之必要。原告另請求調查被害人林玉英在澄清醫院並未住院為何要辦出院手續？為何病歷記載轉診實際上確是出院？出院同意書上記載日期是一年後之106年6月19日？然上開部分不論調查結果為何，與本件之爭點即被告張定遠之過失侵權行為是否造成林玉英死亡並無關連，亦無調查之必要。

六、訴訟費用之負擔：依民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　9　　月　　16　　日

民事第五庭　法　官　王奕勛

以上正本係照原本作成。

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。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　9　　月　　19　　日

書記官　高偉庭

附表：

檢驗結果	醫療文獻記載之意義
血液 PH 值「7.361 」	一般人在7.35至7.45之間（見交上訴字第2148號卷二第149頁）
Troponin-I（心臟肌鈣蛋白TnI型檢查）小於0.05	心臟肌鈣蛋白是一種結構蛋白，只會由心肌來製造，因此血液中若有它存在就判斷是否為心肌損傷，在急性心肌梗塞、心肌受損時會出現。參考值範圍為小於0.05ng/ml（交上訴字第2148號卷二第197頁）如果大於0.05就必須先確認是否急性心肌梗塞（交上訴字第2148號卷二第143頁）。
CK-MB（心臟肌酸肌胺酵素）1.4	CK-MB心臟肌酸肌胺酵素，是用來診斷及治療心肌梗塞，參考值範圍是0.6至6.3ng/ml之間（見交上訴字第2148號卷二第187頁）。如果CK-MB大於6.3就必須先確認是否急性心肌梗塞（交上訴字第2148號卷二第143頁）。
GLUCOSE （血糖）464	參考值為70-100mg/dL（見交上訴字第2148號卷二第191頁）
K(血鉀） 4.1	一般參考值為3.4至4.7 mmol/L之間，或3.5至5之間（見交上訴字第2148號卷二第147頁）
D-Dimer（D-D雙合試驗）3695.95	D-Dimer是纖維蛋白溶解之產物，在心肌梗塞、敗血症和許多全身性疾病均可出現，D-Dimer是用來判斷瀰漫性血管內凝血的診斷，若判斷結果為陰性，則表示目前沒有靜脈栓塞的現象。陰性值為小於500ng/ml（交上訴字第2148號卷一第261、267頁、相驗卷第74頁、交上訴字第2148號卷二第190頁）。