

臺灣臺中地方法院民事判決

111年度醫字第21號

原告 姚朝京

訴訟代理人 莊一慧律師
陳琮涼律師

上 1 人

複 代理人 陳芊卉
彭芊容

被 告 謝聖怡
臺中榮民總醫院

上 1 人

法定代理人 傅雲慶

上 2人共同

訴訟代理人 李慶松律師

複 代理人 李軒律師

被 告 英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司

法定代理人 侯文成

訴訟代理人 鄧雅茹律師
藍鼎濤律師

上列當事人間請求損害賠償等事件，本院於民國114年2月26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

壹、程序方面：

一、按當事人法定代理人代理權消滅者，訴訟程序在有法定代理

01 人承受其訴訟以前當然停止；承受訴訟人，於得為承受時，
02 應即為承受之聲明，民事訴訟法第170條、第175條第1項定
03 有明文。查，原告起訴時，被告臺中榮民總醫院（下稱臺中
04 榮總）之法定代理人為陳適安，嗣於民國114年1月16日變更
05 為傅雲慶，而於114年1月23日具狀聲明承受訴訟，有民事聲
06 明承受訴訟狀在卷可稽（見本院卷二第107頁），核與前揭
07 規定相符，應予准許。

08 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
09 基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項但書
10 第2款定有明文。又該條項第2款所稱之「請求之基礎事實同
11 一」者，係指變更或追加之訴與原訴之主要爭點有其共同
12 性，各請求利益之主張在社會生活上可認為同一或關連，而
13 就原請求之訴訟及證據資料，於審理繼續進行在相當程度範
14 圍內具有同一性或一體性，得期待於後請求之審理予以利
15 用，俾先後兩請求在同一程序得加以解決，避免重複審理，
16 進而為統一解決紛爭者即屬之（最高法院100年度台抗字第7
17 16號裁定參照）。查，原告原以民法第188條第1項之規定為
18 請求權基礎，起訴請求臺中榮總與被告謝聖怡（下稱姓名）
19 負連帶損害賠償責任（見本院111年度中司調字第10號卷，
20 下稱中司調卷，第17頁），嗣於112年9月27日具狀追加民法
21 第227條、第227條之1規定為其請求權基礎，請求臺中榮總
22 負不完全給付之損害賠償責任（見本院卷一第333至345
23 頁），核原告變更之訴與原訴均基於其主張「臺中榮總之醫
24 師謝聖怡對訴外人即原告之配偶陳○香所為109年6月2日實
25 施之手術（下稱系爭手術），未盡告知義務及採取符合醫療
26 常規之醫療行為，而有未盡善良管理人注意義務之過失，致
27 陳○香缺氧性腦病變、神智狀況無法清醒及全身癱瘓喪失機
28 能，嗣於111年1月31日死亡，原告因而受有醫療、看護、喪
29 葬費用等支出、受扶養權利及精神上痛苦等損害」之同一事
30 實，就原請求之訴訟及證據資料，於審理繼續進行在相當程
31 度範圍內具有同一性，揆諸上開說明，並無不合，應予准

01 許。

02 貳、實體方面：

03 一、原告主張：

04 (一)謝聖怡係臺中榮總之胸腔外科主治醫師，原告之配偶陳○香
05 曾因感染肺炎引發積水，在中國醫藥大學附設醫院（下稱中
06 國附醫）進行氣切手術抽取肺積水而影響語言能力，後經友
07 人推介謝聖怡醫術精湛，可縮小人造氣切口、有助於病患回
08 復語言能力，陳○香遂先後於109年1月、109年4月前往臺中
09 榮總，由謝聖怡進行2次手術治療，將陳○香之氣管周圍因
10 氣切長出之肉芽組織切除，均於手術後推出開刀房時即有意
11 識且行動正常而無異狀，且皆於手術完住院1日觀察後即可
12 出院，並至其他醫療院所進行口語復健，其後陳○香又於10
13 9年6月2日由謝聖怡進行第3次手術（即系爭手術）。謝聖
14 怡明知系爭手術前陳○香之身體檢查評估結果顯示其患有帕
15 金森氏症，且經氣管切開手術而有呼吸功能不全、氣管軟化
16 症，應不適用於實施系爭手術，竟仍做成適宜實施系爭手術之
17 評估結果，顯有疏失；又謝聖怡明知陳○香實施系爭手術有
18 發生呼吸衰竭、缺氧性腦病變之可能，亦明知應於手術前說
19 明治療風險、常發生之併發症及副作用暨雖不常發生、但可
20 能發生嚴重後果之風險，竟未告知；並因氣切套管修剪後裝
21 置錯誤、息肉切除後止血不完全致氣管堵塞、術後氣切管脫
22 落而造成窒息並引發缺氧性腦病變；另未對陳○香進行麻醉
23 深度監測，忽略陳○香尚處於麻醉甦醒遲延中即移除其呼吸
24 器，導致陳○香無法自行呼吸而缺氧；嗣陳○香於系爭手術
25 後恢復期之同日18時10分即產生意識改變、血壓驟降、心跳
26 降低等情，而謝聖怡亦未依醫療常規至遲應於4分鐘之黃金
27 救援期間採取急救措施，遲至同日18時24分始開始進行急
28 救，造成陳○香因缺氧性腦病變而生腦壞死之結果（下稱系
29 爭傷害），則謝聖怡上開未盡告知義務且未採取符合醫療常
30 規之醫療行為乃有過失，因而致陳○香受有系爭傷害，無法
31 清醒及全身癱瘓喪失機能，嗣於111年1月31日死亡，謝聖怡

01 應與其僱用人臺中榮總連帶負損害賠償責任。

02 (二)陳○香係由原告至臺中榮總為其辦理就診、住院、接受系爭
03 手術治療、繳納相關醫療費用，並簽訂系爭手術同意書、進
04 住加護醫療中心同意書等手續，是原告與臺中榮總就此成立
05 醫療契約（下稱系爭醫療契約），又陳○香為系爭醫療契約
06 之利益第三人，依醫療法第63條第1項規定，臺中榮總有義
07 務向病患及家屬說明醫療行為之有限性及各種診療之適應
08 症、必要性、副作用及風險等，惟謝聖怡並未依法向原告告
09 知陳○香之身體體質並不適宜進行系爭手術或容易引起突發
10 狀況導致嚴重副作用或併發症、有較高致死或造成缺氧性腦
11 病變之危險等情，致原告於未充分瞭解相關資訊下即簽署系
12 爭手術同意書，且謝聖怡未採取符合醫療常規之醫療行為，
13 造成陳○香因系爭手術受有系爭傷害並死亡，而謝聖怡為臺
14 中榮總之使用人，其關於系爭醫療契約之債之履行有過失，
15 依民法第224條規定，臺中榮總應與自己之過失負同一責
16 任，係可歸責於臺中榮總之事由，致其違反應告知系爭手術
17 上開風險之從給付義務，且未依債之本旨履行主給付義務而
18 不完全給付，應對原告負債務不履行之損害賠償責任。

19 (三)謝聖怡上開過失行為致陳○香受有系爭傷害並於111年1月31
20 日死亡，構成侵權行為而應依民法第188條第1項之規定與臺
21 中榮總連帶賠償，或由臺中榮總依民法第227條、第227條之
22 1規定對原告賠償新臺幣（下同）3,221,880元之損害，就其
23 金額之計算說明如下：

- 24 1. 醫療費用784,735元：陳○香因系爭手術受有系爭傷害，需
25 依賴呼吸器維生，已陷腦死狀態、神智無法清醒、全身癱瘓
26 喪失機能，至111年1月31日死亡，上開期間內原告支出住院
27 醫療費用、醫療照護用品等費用合計為784,735元。
- 28 2. 看護費490,000元：陳○香於系爭手術後即呈現昏迷腦死狀
29 態，中國附醫診斷證明書之醫囑記載：「需24小時專人照
30 護，續住院治療中」等語，則自109年7月起至110年8月之看
31 護費用（含看護薪水、生活費、交通費）每月為35,000元，

01 上開期間合計支付14個月看護費用共為490,000元（計算
02 式：35,000元×14個月）。

03 3.喪葬費347,680元：包含禮儀公司135,180元、塔位100,000
04 元、停靈祭拜之臺中金龍會館支出52,500元、骨灰罈60,000
05 元，合計347,680元。

06 4.扶養費599,465元：原告為陳○香之配偶，原告為退休教職
07 員，名下無租金或利息收入，並無財產足以維持生活，陳○
08 香依法應與2名子女平均分擔對原告之扶養義務，以南投縣
09 家庭收支調查報告每人每月消費與非消費支出合計為18,874
10 元計算，陳○香每年應給付原告扶養費75,496元（計算式：
11 18,874元×12個月÷3人），原告於陳○香發生癱瘓時（109年
12 6月2日）為81歲，依109年全國簡易生命表所列全體平均餘
13 命，尚有9.51年餘命，原告至少可以請求陳○香扶養9.51
14 年，依霍夫曼式計算法扣除中間利息（首期給付不扣除中間
15 利息）核計金額為599,465元。

16 5.慰撫金1,000,000元：原告為陳○香之配偶，關係至為親
17 密，陳○香因系爭手術受有系爭傷害，並於111年1月31日過
18 世，致無法與原告共享天倫，原告因夫妻親密關係所生之身
19 分法益被侵害，在精神上受有莫大之痛苦，且屬情節重大，
20 而謝聖怡於系爭手術後僅對原告稱「噓到了」、「這種事拖
21 過去就沒事了」，態度傲慢自大，是依民法第195條第3項準
22 用第1項規定，請求賠償精神慰撫金1,000,000元。

23 (四)陳○香前向被告英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司

24 （下稱友邦人壽）投保「友邦人壽如意常青傷害保險」（保
25 單號碼Z000000000號，下稱系爭保單），保險範圍包含「意
26 外重大傷害失能保險」，原告為系爭保單之受益人，陳○香
27 因前述(一)所示謝聖怡、臺中榮總之處置失當，致陳○香意外
28 失能癱瘓，屬系爭保單承保之範圍，友邦人壽應依系爭保單
29 之約定給付原告保險金1,000,000元，惟友邦人壽以「意外
30 傷害事故係指非由疾病引起之外來突發事故」為由拒絕理
31 賠，則友邦人壽應依系爭保單給付原告上開保險金，並依保

01 險法第34條第2項規定給付原告按年息10%計算之利息。

02 (五)爰依民法第184條第1項前段、第2項、第192條第1項、第2
03 項、第195條第1項、第3項、第188條第1項規定，或依民法
04 第227條、第227條之1規定，請求謝聖怡與臺中榮總連帶對
05 原告負損害賠償責任，或由臺中榮總對原告負不完全給付之
06 損害賠償責任；及依系爭保單、保險法第34條第2項規定，
07 請求友邦人壽對原告給付保險金本息等語。並聲明：1.謝聖
08 怡、臺中榮總應連帶給付原告3,221,880元，暨自起訴狀繕
09 本送達之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。
10 2.友邦人壽應給付原告1,000,000元，暨自起訴狀繕本送達
11 翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。3.原告願
12 供擔保請准宣告假執行。

13 二、被告則以：

14 (一)謝聖怡、臺中榮總部分：

15 1.陳○香於105年間即經診斷患有帕金森氏症，於108年間因肺
16 炎呼吸衰竭，經插管、氣切、呼吸器治療後，由謝聖怡於10
17 9年1月間、同年4月間為陳○香施行氣管內視鏡無痛鏡檢手
18 術，嗣因陳○香於109年6月間氣管復發長出肉芽組織，謝聖
19 怡向陳○香及其家屬說明系爭手術進行方式及相關風險並取
20 得同意後，於109年6月1日為陳○香進行胸部X光片檢查及包
21 含血球分析、凝血功能、肝膽功能、腎功能、血糖、心電圖
22 等術前檢查，並醫囑陳○香於109年6月1日22時起禁食、禁
23 水，則謝聖怡之術前檢查及醫療處置均合乎醫療常規，並無
24 違反醫療上必要之注意義務，亦未逾越合理臨床專業裁量。
25 雖原告主張謝聖怡就陳○香於系爭手術前之身體檢查評估有
26 草率、失誤之處，且未曾告知所採醫療行為有致死或造成
27 「呼吸衰竭」、「缺氧性腦病變」併發症之風險等語，惟原
28 告前就本案事實對謝聖怡提起過失重傷害告訴，經臺灣臺中
29 地方檢察署（下稱臺中地檢署）檢察官以111年度醫偵字第23
30 號為不起訴處分，並經衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫
31 審會）之0000000、0000000號鑑定書之鑑定意見（下各稱原

01 鑑定意見、再鑑定意見)認定謝聖怡於系爭手術前有對陳○
02 香為完整術前檢查，評估陳○香之身體狀況適宜進行系爭手
03 術，且陳○香並無不能為氣管內視鏡無痛鏡檢之禁忌症，可
04 見謝聖怡於系爭手術前之醫療處置合於醫療常規，無違反醫
05 療上必要之注意義務，亦無逾越合理臨床專業裁量。

06 2.謝聖怡於109年6月1日就原告詢問系爭手術相關問題，有答
07 覆系爭手術風險為：肺炎、呼吸衰竭、傷口感染、出血、中
08 風、心臟病突發、吻合處滲漏、聲音沙啞等，且與麻醉科醫
09 師就相關麻醉及手術之進行方式及可能風險，對原告說明並
10 回答原告之詢問，經原告瞭解後始於同日15時10分於系爭手
11 術同意書、麻醉同意書上簽名，故謝聖怡於系爭手術前，已
12 確實告知系爭手術具有呼吸衰竭等風險，並未違反醫療常
13 規。何況，陳○香係經友人推薦謝聖怡可縮小人造氣切口，
14 有助病人恢復語言能力，方至謝聖怡門診就診，而系爭手術
15 為原告經歷陳○香第3次接受氣管內視鏡鏡檢手術，有關係
16 爭手術之疾病及手術名稱、手術原因、醫師聲明、日期與時
17 間均為手寫，醫師告知風險之答覆另蓋章記名，醫師簽名處
18 除蓋章外另有簽名，上述內容均非制式，經有相當社會經驗
19 之成年人即原告閱覽後簽名，原告甚且以前2次手術之診斷
20 證明書向保險公司申請保險理賠，現稱其對系爭手術內容及
21 風險全然不知情，顯背於常理。況且，系爭手術過程順利而
22 無疏失，其執行內視鏡時未發生缺氧之併發症，且術後送至
23 恢復室時生命徵象穩定，難認陳○香於恢復室突發意識改變
24 為系爭手術所導致；又陳○香於系爭手術前已罹患帕金森氏
25 症，且曾因呼吸衰竭接受氣管切開手術，術後有氣管軟化
26 症，易有呼吸功能不足之突發狀況，則陳○香於接受系爭手
27 術之此狀況係因其自身疾病所致，非系爭手術所造成，自與
28 謝聖怡是否善盡告知說明義務無因果關係。

29 3.原告固然主張陳○香於系爭手術後發生缺氧性腦病變，應係
30 謝聖怡於系爭手術進行時、術後陳○香恢復過程中，未採取
31 符合醫療常規之必要措施而有疏失所致等語。惟依原鑑定意

01 見及再鑑定意見，可知謝聖怡實施系爭手術過程並無過失，
02 且陳○香於術後發生呼吸功能不足、呼吸衰竭導致缺氧性腦
03 病變，亦非術後併發症所致，乃可能因陳○香為帕金森氏症
04 第5期、有氣管軟化症、呼吸功能及吞嚥功能失調等所引發
05 之突發狀況，係因陳○香本身先前罹患之疾病所造成，非因
06 謝聖怡施行系爭手術所導致。

07 4.原告雖稱無論何因素造成陳○香窒息，謝聖怡處置遲延造成
08 陳○香受有缺氧性腦病變之損害等語。然而依原鑑定意見及
09 再鑑定意見，可知原告主張陳○香於109年6月2日18時10分
10 之心跳為20~40次/分、趨近於休克云云並非事實，其於18
11 時10分之心跳應為97次/分，而其於18時15分發生意識改
12 變、心跳遲緩（心跳37~41次/分）後即開始予以急救，18
13 時19分即給予藥物治療（即腎上腺素、類固醇、生理食鹽
14 水），並無延遲處置，則上開急救過程並無延誤，亦無違反
15 醫療常規，原告之主張不足採信。

16 5.原告主張謝聖怡於系爭手術過程中之氣切套管有修剪後裝置
17 錯誤或脫落之過失行為等語。惟依再鑑定意見所載：「因病
18 人原本使用T型管有三出口，故無法連接呼吸器使用，因此
19 必須更換成7.0mm氣切管，故並無『原氣切套管有修剪後裝
20 置錯誤或脫落』之情事」，可見原告此主張係出於自行臆
21 測，顯然對系爭手術中之設備使用與醫療處置方式有誤解。

22 6.麻醉深度監控係麻醉監控之輔助工具，可避免病人於手術中
23 因麻醉深淺不同而影響手術之進行，麻醉深度監控並非醫療
24 常規，即便未施行麻醉深度監控，麻醉醫師亦於手術中進行
25 相關麻醉監控。而陳○香之系爭手術，乃第3次進行手術方
26 式相同之手術，包含系爭手術之該等手術麻醉紀錄均顯示經
27 連續監測陳○香之呼吸、心跳、血壓並無異狀，且麻醉及手
28 術過程均順利，術後生命跡象穩定，恢復至清醒可自發性呼
29 吸、眼睛張開、手肌力恢復、可應對，且血壓、血氧、心
30 跳、呼吸平穩後，始離開手術室，轉至恢復室觀察；又依再
31 鑑定意見所載：「目前尚無相關法規或醫療常規認定執行系

01 爭氣道內視鏡、息肉清除手術時，應使用麻醉深度監控設
02 備。…本案之手術屬於簡單型喉氣管整型術及氣管息肉燒灼
03 術，未認定為重大手術。故未使用麻醉深度監控設備，並無
04 違反依當時之醫療水準所應盡之注意義務或醫療常規」等
05 語，可知無論是否使用麻醉深度監控之輔助工具，與陳○香
06 術後因本身疾病所致之突發狀況發生與否並無因果關係。

07 7.原告另主張謝聖怡於系爭手術後移除陳○香呼吸器之時點違
08 反醫療常規等語。然而，依原鑑定意見及再鑑定意見，可知
09 陳○香於系爭手術執行時未發生缺氧之併發症，且其術後送
10 至恢復室時生命徵象穩定，並無術後必須持續使用呼吸器之
11 必要，則謝聖怡使用呼吸器之處置合於醫療常規，並無過
12 失。綜上，謝聖怡執行系爭手術並無違反注意義務，亦無逾
13 越合理臨床專業裁量，難認有過失，不該當侵權行為，臺中
14 榮總自無庸連帶負賠償責任，且臺中榮總已依債之本旨提供
15 給付，並無債務不履行之情事。

16 8.另關於原告請求賠償之項目及金額，依原告提出之看護費用
17 單據可見每月看護實領薪資僅為18,933元或19,500元，與原
18 告主張之金額不符；又有關扶養費用部分，原告並未舉證其
19 有不能以自己財產維持生活而應受扶養之情事；再原告請求
20 之精神慰撫金亦屬過高等語，資為抗辯。

21 (二)友邦人壽部分：

22 1.依系爭保單第2條第1項第8款、第3條、第10條約定，友邦人
23 壽僅就系爭保單有效期間內被保險人遭受意外傷害事故而死
24 亡、失能、重大燒燙傷或傷害診療時方有給付保險金之義
25 務。而依原告提供予友邦人壽之109年11月6日臺中榮總診斷
26 證明書記載：「診斷：氣管軟化症合併狹窄、帕金森氏症。
27 處置意見：病人於109年6月1日住院，於109年6月2日接受喉
28 氣管整型術，並於109年7月20日出院，宜門診追蹤。」、10
29 9年7月23日中國附醫臺中東區分院診斷證明書記載：「1.呼
30 吸衰竭併呼吸器依賴。2.缺氧性腦病變。醫師囑言：患者於
31 109年7月20日入本院呼吸照護病房，現病患意識不清，呼吸

01 器依賴，需24小時專人照護，續住院治療中。」，均無法證
02 明陳○香之癱瘓失能係「非由疾病引起之外來突發事故」所
03 致。另依臺中榮總護理部109年6月1日至109年7月20日之護
04 理記錄，亦無法證明陳○香之癱瘓失能係肇因於謝聖怡之處
05 置失當，原告欲請求重大失能保險金，自應先舉證證明陳○
06 香之癱瘓失能係因意外傷害事故所致，否則友邦人壽並無給
07 付保險金之義務。

08 2.依原鑑定意見及再鑑定意見，謝聖怡、臺中榮總對陳○香施
09 以系爭手術前所進行之術前評估、手術過程中之處置、術後
10 恢復室期間所實施生命徵象監控、發生突發狀況時採行之急
11 救措施，均符合醫療常規，無違反依當時醫療水準應盡之注
12 注意義務，且術前原告業已簽署手術及麻醉同意書，原告及陳
13 ○香應已於事前知悉接受系爭手術治療可能面臨之風險，故
14 陳○香癱瘓失能終至身故之原因，應係出於其自身所罹患之
15 氣管軟化症合併狹窄與帕金森氏症及其併發呼吸功能不足等
16 疾病所致，且陳○香接受系爭手術並非事前不可預期且事發
17 突然無法防範之偶發事故，與系爭保單所約定之意外傷害事
18 故定義不符，被告自無依約給付保險金之義務。又縱認原告
19 請求有理由，依系爭保單第29條第4項約定，原告所主張之
20 失能保險金應給付被保險人陳○香，但其未領取即身故，該
21 筆失能保險金受益人應由原告改為法定繼承人，而因陳○香
22 尚有2名子女，故無法將保險金全部給原告等語，資為抗
23 辯。

24 (三)並均聲明：1.原告之訴駁回。2.如受不利益判決，願供擔保
25 請准宣告免為假執行。

26 三、本院之判斷：

27 (一)按醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方
28 針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。醫療機構實
29 施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說
30 明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經
31 其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之；第一項

01 手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。醫師
02 法第12條之1、醫療法第63條第1項前段、第3項分別定有明
03 文。上開規定立法本旨均係以醫療乃為高度專業及危險之行
04 為，直接涉及病人之身體健康或生命，病人本人或其家屬通
05 常須賴醫師之說明，方得明瞭醫療行為之必要、風險及效
06 果，故醫師為醫療行為時，應詳細對病人本人或其親屬盡相
07 當之說明義務，經病人或其家屬同意後為之，以保障病人身
08 體自主權（最高法院98年度台上字第999號判決意旨參
09 照）。

10 (二)按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，
11 但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，民事
12 訴訟法第277條定有明文，此為舉證責任分配之原則。又侵
13 權行為之成立，須行為人因故意過失不法侵害他人權利，亦
14 即行為人須具備歸責性、違法性，並不法行為與損害間有相
15 當因果關係，始能成立，且主張侵權行為損害賠償請求權之
16 人，對於侵權行為之成立要件應負舉證責任（最高法院100
17 年度台上字第328號、100年度台上字第1189號判決意旨參
18 照）。復按民事訴訟法第277條但書規定，令當事人主張有
19 利於己之事實者負舉證責任有顯失公平之情形者，不在此限
20 ，此但書規定係於89年2月9日該法修正時所增設，肇源於
21 民事舉證責任之分配情形繁雜，僅設原則性之概括規定，未
22 能解決一切舉證責任之分配問題，為因應傳統型及現代型之
23 訴訟型態，尤以公害訴訟、商品製造人責任及醫療糾紛等事
24 件之處理，如嚴守本條所定之原則，難免產生不公平之結果
25 ，使被害人無從獲得應有之救濟，有違正義原則。是法院於
26 決定是否適用上開但書所定之公平要求時，應視各該具體事
27 件之訴訟類型特性暨求證事實之性質，斟酌當事人間能力之
28 不平等、證據偏在一方、蒐證之困難、因果關係證明之困難
29 及法律本身之不備等因素，以定其舉證責任或是否減輕其證
30 明度。又醫療行為具有相當專業性，醫病雙方在專業知識及
31 證據掌握上並不對等者，應適用前開但書規定，衡量如由病

01 患舉證有顯失公平之情形，減輕其舉證責任，以資衡平。若
02 病患就醫行為有診斷或治療錯誤之瑕疵存在，證明至使法
03 院之心證度達到降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之
04 確信，即應認其盡到舉證責任，最高法院103 年度台上字第
05 1311號判決意旨可資參照。是本件原告主張謝聖怡涉有侵權
06 行為，仍應由原告就發生侵權行為等有利於己之事實，負舉
07 證責任，僅因醫療行為之高度專業性，而將舉證責任減輕而
08 已，非謂因此即可將舉證責任倒置於被告，以符合訴訟法規
09 精神及醫療事件之特質。

10 (三)經查，原告前向臺中地檢署對謝聖怡之上開行為提出刑事告
11 訴，經檢察官將相關臺中榮總、中國附醫之病歷資料、訊問
12 筆錄影本、函送請醫審會鑑定，其鑑定結果（即原鑑定意
13 見）如下：

- 14 1.病人罹患帕金森氏症，於108年4月8日因肺炎併發呼吸衰
15 竭，醫師予以實施氣管切開手術，後恢復至可坐輪椅就醫，
16 且可以說話，109年1月20日及4月20日亦曾住院接受支氣管
17 內視鏡檢查及手術。本次於6月1日住院，手術前之檢查包括
18 血球分析、凝血功能、肝膽功能、腎功能、血糖皆正常，雖
19 胸部X光檢查結果顯示心臟擴大及疑似左下肺實質化（擴張
20 不全），但心電圖檢查結果正常、入院身體評估之聽診檢查
21 結果正常，故病人之身體狀況適宜接受氣管內視鏡無痛鏡檢
22 手術。
- 23 2.置放氣切管後，容易產生息肉而導致氣管阻塞，需定期以氣
24 管內視鏡施行氣管息肉清除手術或修剪調整T型管。本案病
25 人因支架兩端息肉復發導致氣管狹窄，於109年6月2日接受
26 氣管內視鏡無痛鏡檢息肉消融手術，符合醫療常規。
- 27 3.以全身麻醉實施氣管鏡檢查，均須禁食至少6至8小時，以避
28 免因麻醉嘔吐致生吸入性肺炎。本案病人於手術前一日接受
29 胸部X光檢查，並於晚間起禁食、禁水，22：49之護理紀錄
30 有記載「告知午夜禁食禁水的重要性」，符合醫療常規。
- 31 4.依109年6月1日之入院病歷摘要，醫師有對病人為完整之身

01 體診察，包括呼吸音、心音聽診及生命徵象等，術前安排之
02 檢查包括抽血及X光片檢查、心電圖檢查，並無不能接受手
03 術之發現，且6月1日14：46麻醉醫師完成「麻醉前訪視紀
04 錄」，故醫師於術前有確認並適合上述手術，並無違反醫療
05 常規。

06 5.承上開鑑定意見1至3之說明，術前之相關檢查結果並未發現
07 病人有不適宜手術之情形，故醫師就手術之安排，符合醫療
08 常規。

09 6.109年6月2日16：30送病人入手術室，接受全身麻醉，16：5
10 1 謝醫師施行氣管鏡雷射手術，清除氣管息肉，17：30手術
11 結束。18：05送病人至恢復室觀察，當時血壓132／60mmH
12 g、心跳70次／分、呼吸22次／分、血氧飽和度95%。而於
13 18：15病人突然意識改變，血壓下降、心跳遲緩，乃開始急
14 救，經心外按摩5分鐘後恢復心跳，但後續病人持續呼吸衰
15 竭需依賴呼吸器支持，有缺氧性病變。氣管內視鏡無痛鏡檢
16 手術，本極有可能產生缺氧、意識改變之併發症。惟本案手
17 術過程順利，並無疏失，執行支氣管內視鏡時並未發生缺氧
18 之併發症，且術後送病人至恢復室生命徵象穩定，故依病歷
19 紀錄，難以認定病人於恢復室突發意識改變為手術所導致。
20 本案病人罹患帕金森氏症，且曾因呼吸衰竭氣管切開手術，
21 術後有氣管軟化症，易有呼吸功能不足之突發狀況，故其先
22 前所罹患之疾病，有可能引起突發狀況。

23 7.109年6月2日18：05病人被送至恢復室觀察，當時血氧飽和
24 度95%。18：15病人意識改變，血壓72／56mmHg、心跳37-4
25 1次／分、呼吸24-26次／分、血氧飽和度80%，乃開始急
26 救，以甦醒球按壓予100%氧氣，並立即以氣管鏡檢視氣
27 管，並更換成7.0mm氣切管，18：19-18:32間給予4次腎上腺
28 素、1次類固醇及2次生理食鹽水復甦治療。18：30置放中央
29 靜脈導管。18：33經血液氣體分析結果顯示血中氧氣分壓為
30 317.1mmHg，已無缺氧現象。18：35經心外按壓5分鐘後，病
31 人恢復心跳、故病人發生血氧飽和度下降時，醫師之醫療處

置並無遲延，亦未違反醫療常規。

8.同上，病人於恢復室出現血氧下降時，業依急救步驟實施救治，其醫療處置，符合醫療常規。

9.一般而言，發生吸入性肺炎之原因可能與口水吞入或胃酸逆流所致有關。

10.發生吸入性肺炎至胸部X光影像成像，視吸入量而有不同，一般為6~12小時，但依個別病人狀況，可能會有所不同。

11.以手術前之X光及血液檢查報告，疑似有左下肺實質化、擴張不全，並無吸入性肺炎之診斷。

12.依病人為帕金森氏症第五期者，且有氣切管、氣管軟化症，呼吸功能、吞嚥功能均有可能失調，故有可能因吞嚥口水困難，造成吸入性肺炎。上開鑑定意見（即原鑑定意見），有臺中地檢署111年度醫偵字第23號卷附醫審會之0000000號鑑定書在卷可參，復有衛生福利部113年9月13日衛部醫字第1131668281號函覆本院之0000000號鑑定書（即再鑑定意見）內所附原鑑定意見在卷可稽（見本院卷二第45至48頁）。

(四)本院另經原告聲請將本案卷證(含臺中榮總、中國附醫相關病歷資料)送請醫審會就下列事項鑑定，醫審會之鑑定意見（即再鑑定意見）如下：

1.原鑑定意見所示「本案病人罹患帕金森氏症，且曾因呼吸衰竭受氣管切開手術，術後有氣管軟化症，易有呼吸功能不足之突發狀況」，是病人陳○香於109年6月2日進行氣管內視鏡檢手術前，其體檢查結果雖正常，然以病人陳○香先前所罹患之疾病，接受系爭手術既然容易引起突發狀況，而謝聖怡醫師判斷病人陳○香得進行系爭手術，有無違反依當時之醫療水準之醫療常規？醫審會之再鑑定意見為：「有氣管造口之病人，當出現痰多，懷疑有息肉、呼吸道狹窄阻塞時，即需氣管鏡檢查及清除可能之氣道阻塞，若不處置可能引發呼吸功能不足、阻塞呼吸之突發狀況。本案於109年6月2日進行系爭手術前，其『身體檢查結果正常』代表生命徵象穩定，身體狀況可接受手術，故謝醫師判斷病人得進行系爭手

01 術，並未違反當時之醫療水準，符合醫療常規。」

02 2.病人陳○香於109年6月2日系爭手術前，依其所罹患之「帕
03 金森氏症、且曾因呼吸衰竭接受氣管切開手術、氣管軟化
04 症、左下肺實質化、擴張不全、呼吸功能不足、吞嚥困難」
05 之病況下，進行系爭手術生缺氧及意識改變之併發症的風
06 險，是否較其他無前述病症之病患顯著提高？倘係如此，謝
07 聖怡醫師於進行系爭手術前，未就陳○香身體之特殊情形擬
08 定相關麻醉、手術計畫，有無違反依當時之醫療水準所應盡
09 之注意義務或醫療常規？醫審會之再鑑定意見為：「以本案
10 病人本身疾病，手術風險較其他病人風險高，而醫師在手術
11 前有會診麻醉科醫師及安排相關檢查，並無違反依當時之醫
12 療水準所應盡之注意義務，符合醫療常規。」

13 3.照原鑑定意見之案情摘要所示：「18:15病人意識改變，血壓
14 72/56mmHg、心跳37-41次/分、呼吸24-26次/分、血氧飽和
15 度80%，開始急救以甦醒球按壓予100%氧氣，並立即以氣管
16 鏡檢視氣管，結果顯示並無痰塊梗塞，同時更換成7.0mm氣
17 切管」，則是否原氣切套管有修剪後裝置錯誤或脫落之情
18 形，於急救時方有取下原氣切管，更換成7.0mm之氣切管之
19 情形？醫審會之再鑑定意見為：「因病人原本使用T型管有
20 三出口，此無法連接呼吸器使用，因此必須更換成7.0mm 氣
21 切管，故並無『原氣切套管有修剪後裝置錯誤或脫落』之情
22 事。」

23 4.實施系爭手術之過程當中，依當時法規或醫療常規是否應使
24 用麻醉深度監控設備？如應使用，則依卷內病歷資料，謝聖
25 怡醫師施行系爭手術過程中，有無對病患陳○香使用麻醉深
26 度監控設備？如此處置有無違反依當時之醫療水準所應盡之
27 注意義務或醫療常規？並請提供相關法律依據。醫審會之再
28 鑑定意見為：「本案依卷附病歷資料，未見麻醉深度監控之
29 紀錄，惟目前亦尚無相關法規或醫療常規認定執行系爭氣道
30 內視鏡、息肉清除手術時，應使用麻醉深度監控設備。雖依
31 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準公告，自107年2

01 月1日起給付麻醉深度監測，其適應症之一為重大手術，例
02 如移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術。然本案之手術屬
03 於簡單型喉氣管整形術及氣管息肉燒灼術，未認定為重大手
04 術。故未使用麻醉深度監控設備，並無違反依當時之醫療水
05 準所應盡之注意義務或醫療常規。」

06 5.本件依相關病歷記載，於109年6月2日是何時移除病患陳○
07 香之呼吸器？對於罹患「帕金森氏症、氣管軟化症、左肺實
08 質化、擴張不全、呼吸功能不足、吞嚥困難」病況之病人陳
09 香於該時點移除其呼吸器，是否符合醫療常規或依診療當
10 時之醫療水準所應盡之注意義務？醫審會之再鑑定意見為：
11 「病人於109年6月2日18:00結束麻醉並經移除呼吸器，送往
12 恢復室時，已不需使用呼吸器，18:05於恢復室量得血壓13
13 2/60 mmHg、呼吸22次/分為正常範圍，符合醫療常規或依當
14 時之醫療水準所應盡之注意義務。」

15 6.照原鑑定意見(七)認定：「18:15病人意識改變，血壓72/ 56
16 mmHg、心跳37~41次/分、呼吸24~26次/分、…，乃開始急
17 救……18:19~18:32間給予4次腎上腺素……」，然而依本案
18 卷內病歷記載，病患陳○香於18:10之脈搏為20~40次/分、
19 血壓41/21mmHg，則原鑑定意見之事實認定與此部分之病歷
20 記載似有不符，以何者為是？又如前所述，病患於18:10即
21 已發生意識改變之情況，則被告遲至18:24始進行相關急救
22 之處量，是否違反醫療常規？醫審會之再鑑定意見為：「按
23 『麻醉恢復室紀錄』之生命徵象紀錄圖，109年6月2日18:10
24 之『心跳為97次/分、血壓為41/21 mmHg、血氧飽和度9
25 4%』，故當時心跳並非委託鑑定事由所提問之『20~40次/
26 分』。手術後於恢復室期間，均有實施生命徵象監控，109
27 年6月2日18:05 送病人至恢復室觀察，當時血壓132/60mmH
28 g、心跳 70 次/分、呼吸 22次/分，血氧飽和度95%，18:10
29 之心跳97 次/分、血壓41/21 mmHg、血氧飽和度94%，18:15
30 病人意識改變，血壓 72/56mmHg、心跳37~41次/分、呼吸24
31 ~26次/分、血氧飽和度80%，乃開始急救，以甦醒球按壓予1

01 00%氧氣，並立即以氣管鏡檢視氣管，同時更換成7.0mm氣切
02 管。因病人病情變化快速，18:15 意識改變、心跳遲緩時醫
03 護人員開始急救，且於 18:19~18:32間給予4次腎上腺素、1
04 次類固醇及2次生理食鹽水復甦治療，並無『遲至18:24始進
05 行相關急救』之情事，故本案醫師對病人於恢復室之突發狀
06 況，立即採取急救措施，並無違反醫療常規。」有衛生福利
07 部113年9月13日衛部醫字第1131668281號函覆本院之000000
08 0號鑑定書（即再鑑定意見）在卷可考（本院卷二第37至45
09 頁）

10 (五)原告固然主張陳○香為自主呼吸功能不全之患者，依照相關
11 醫療文獻（即原證29、32）說明，其接受系爭手術而為全身
12 麻醉後，於移除呼吸器時可能產生無法自主呼吸、呼吸中止
13 等危險，係屬高風險族群之患者，應使用麻醉深度監控，以
14 避免因誤判其可自主呼吸而移除呼吸器，且陳○香於109年1
15 月20日、109年4月21日接受謝聖怡手術時均採用麻醉深度監
16 控，僅系爭手術未使用麻醉深度監控，參以謝聖怡之專業智
17 識與經驗，及臺中榮總所具備醫學中心層級之設備，應於系
18 爭手術時使用麻醉深度監控，惟謝聖怡卻未於系爭手術使用
19 麻醉深度監控，致系爭手術完成後，謝聖怡僅檢視陳○香之
20 血氧濃度等一般生理監測數值，即移除陳○香之呼吸器，導
21 致陳○香於恢復室無法自主呼吸而缺氧，造成缺氧性腦病
22 變，可見謝聖怡有違反善良管理人之注意義務；再鑑定意見
23 忽略陳○香之身體狀況、謝聖怡之能力、臺中榮總之醫院層
24 級與設備而判斷，有補充說明之必要等語（本院卷二第137
25 至141頁）。惟查，原告所謂相關醫療文獻，僅臺北醫學大學
26 附設醫院「麻醉深度監測」衛教說明記載：「建議所有全身
27 麻醉患者都應該使用；尤其是高風險族群（如：年老、腦心
28 血管疾病）、手術時間長或重大者，更有使用之必要性」、
29 奇美醫院衛教說明記載：「拔除呼吸管的條件之一是病人必
30 須要有足夠自主呼吸的能力，醫師才能在適當的條件之下移
31 除呼吸管。在本院科學儀器NMT的監測下，我們發現即使病

01 人已達醫學的黃金標準判定，有足夠力氣能自主呼吸了，NM
02 T的電腦數據仍是評分過低，此時移除呼吸管會讓病人暴露
03 於危險之中，在恢復室裡產生無法呼吸、呼吸中止、重新插
04 管、或是肺水腫等併發症，甚至需將病人轉往加護病房接受
05 進一步的觀察。當此一事件發生時，隨之而來的便是術後恢
06 復期的延緩與阻礙。然而一般的監測器卻完全無法測得此現
07 象，即使是經驗豐富的麻醉科醫師也無法完全避免這類併發
08 症的產生，或是提早預防與治療。」等語（見本院卷一第41
09 1、467頁），然而上開文字內容均係上開醫院對於通案之衛
10 教說明，復未針對本案病患陳○香之病症、系爭手術內容，
11 具體表示有無醫療常規上必須實施麻醉深度監控之必要，實
12 難逕自於本案中比附援引。其次，陳○香於109年1月20日、
13 109年4月21日接受謝聖怡上開手術時固然均採用麻醉深度監
14 控，此有該等手術麻醉紀錄所載「BIS」數值在卷可考（見
15 本院卷一第191、197頁）。惟按醫療業務之施行，應善盡醫
16 療上必要之注意義務，醫療法第82條第1項定有明文。又醫
17 療行為係屬可容許之危險行為，醫療之主要目的雖在於治療
18 疾病或改善病患身體狀況，但同時必須體認受限於醫療行為
19 有限性、疾病多樣性，以及人體機能隨時可能出現不同病況
20 變化等諸多變數交互影響，在採取積極性醫療行為之同時，
21 往往易於伴隨其他潛在風險之發生。故有關醫療過失判斷重
22 點，在於實施醫療之過程，而非結果（最高法院108年度台
23 上字第1923號民事判決意旨同此見解）。而查，再鑑定意見
24 已審酌麻醉深度監測之適應症之一為重大手術，本案之手術
25 屬於簡單型，未認定為重大手術，故未使用麻醉深度監控設
26 備，並無違反依當時之醫療水準所應盡之注意義務或醫療常
27 規，另陳○香於109年6月2日18:00結束麻醉並經移除呼吸
28 器，送往恢復室時，已不需使用呼吸器，18:05 於恢復室量
29 得血壓 132/60 mmHg、呼吸22次/分為正常範圍，符合醫療
30 常規或依當時之醫療水準所應盡之注意義務，查無違反經驗
31 法則或論理法則之處，應屬可採，自難認謝聖怡未於系爭手

01 術使用麻醉深度監控或移除陳○香呼吸器之時點有何過失。
02 況且，前揭鑑定意見認陳○香為帕金森氏症第五期者，且有
03 氣切管、氣管軟化症，呼吸功能、吞嚥功能均有可能失調，
04 故有可能因吞嚥口水困難，造成吸入性肺炎，原告復未證明
05 陳○香乃因系爭手術之麻醉影響導致其無法自主呼吸，自難
06 認謝聖怡依麻醉深度監控結果決定移除呼吸器時點即可避免
07 陳○香於術後呼吸功能不足；參以陳○香前開109年1月20
08 日、109年4月21日手術之麻醉紀錄所載，其等麻醉深度監控
09 結束時之「BIS」數值各為61、83，均與完全清醒之「BIS」
10 數值100尚有相當差距，顯見謝聖怡於各次手術後判斷可否
11 移除呼吸器時，仍須參酌例如血壓、心跳或呼吸頻率等因
12 素，則無論謝聖怡於系爭手術是否使用麻醉深度監控，均未
13 必與其移除陳○香呼吸器之時點有所關連，無法證明二者有
14 相當因果關係。

15 (六)原告雖主張：原鑑定意見及再鑑定意見依據之事實係「陳○
16 香於18:15有生理數值變化」，惟依卷附臺中榮總麻醉恢復
17 室記錄，陳○香之生理數值於「18:10」開始即有明顯下
18 滑，且該麻醉恢復室記錄將其生理數值明顯變化之時間特別
19 標註為「18:14」，另依臺中榮總病歷(即原證22所示之會診
20 回覆通知單，見本院卷一第203頁)所載內容，陳○香之生理
21 數值開始變化時間記載為「18:19」，則原鑑定意見及再鑑
22 定意見所依據之事實有誤，應不足採，並有再調查其他證
23 據、補充鑑定或傳喚鑑定人到庭接受訊問之必要；而陳○香
24 於「18:10」即發生血壓驟降、心跳加速而趨近於休克之情
25 況，謝聖怡竟遲至「18:15」或「18:19」始進行相關急救之
26 處置，業已錯失缺氧性腦病變僅4分鐘之黃金救援時間，有
27 未盡注意義務及未符合醫療常規之過失等語(見本院卷二第
28 131至135、141至145、170頁)。惟查，原告所稱臺中榮總
29 病歷其中之會診回覆通知單，僅記載「However, dysaturat
30 ion with bradycardia was noted under T-piece use. Co
31 nsious change was noted at 18:19. INCA with asystole

01 was noted. CPR was performed and resuscitation 5 min
02 tues later」等語（見本院卷一第203頁），綜觀其意旨並非
03 表示陳○香之生命徵象於「18:19」始生明顯變化，亦顯非
04 指本案醫師於「18:19」始予以急救，且上開記載係於會診
05 回覆通知單之「簡單病歷」欄中所為，顯然為記錄者事後對
06 於個案之摘要記載，而臺中榮總病歷中之護理部護理記錄已
07 於109年6月2日18:40記錄載明「於1815因病人意識狀態改
08 變…at 1815予甦醒球氧氣100%擠壓，at 1819更換7.00mm
09 氣切，at 1819、1825、1830、1832依醫囑各予Epirenamin
10 1mg IVA，at 1832依醫囑予Solu-Cortef 200 MG IVA，at 18
11 25及1832依醫囑予N. S. 500mL IV使用」等語（見本院卷一第
12 77頁，另詳見臺中榮總病歷卷），應屬護理人員當場對於陳
13 ○香生命徵象與急救過程之記錄，二者雖就陳○香意識改變
14 時點之記載略有不同，惟此顯係因記錄者、記錄撰寫時間或
15 對於病患意識改變之定義等不同所致，並無矛盾之處；況且
16 上開二者所載陳○香生命徵象之變化與醫護人員對應處置之
17 內容及時間，均無二致，核與鑑定意見及再鑑定意見所依據
18 之事實相符，難認有原告所指其等依據事實有誤之情形。再
19 者，所謂病人之生命徵象包含血氧濃度、心跳與呼吸頻率、
20 血壓等觀察指標，其為連續且不斷變化之過程，而進行觀察
21 之醫師或其他醫療人員如已隨時綜合各項指標之數值，採取
22 相對應符合醫療常規之急救等措施，即難謂有過失。而查，
23 原鑑定意見及再鑑定意見依臺中榮總麻醉恢復室記錄等病歷
24 內容，確認陳○香於系爭手術後送至恢復室期間，均有實施
25 生命徵象監控，18:05之血壓132/60mmHg、心跳 70次/分、
26 呼吸22次/分、血氧飽和度95%，18:10之心跳97次/分、血壓
27 41/21mmHg、血氧飽和度94%，18:15病人意識改變，血壓72/
28 56mmHg、心跳37~41次/分、呼吸24~26次/分、血氧飽和度8
29 0%，乃開始採取甦醒球按壓予氧氣、以氣管鏡檢視氣管同時
30 更換成7.0mm氣切管、於18:19~18:32間給予4次腎上腺素、1
31 次類固醇及2次生理食鹽水復甦等急救措施之事實，核與臺

01 中榮總麻醉恢復室記錄、護理部護理記錄、會診回覆通知單
02 等病歷內容均相符，業如前述，難認其等依據之事實有誤；
03 又原鑑定意見及再鑑定意見依上開事實，判斷本案醫師對陳
04 ○香於系爭手術後送至恢復室期間，突發上揭生命徵象變化
05 過程時立即採取相對應急救措施，並無違反醫療常規，查無
06 違背經驗法則或論理法則等情，自可採信。原告徒憑本案醫
07 師未於陳○香「18:10」發生血壓驟降、心跳加速後4分鐘內
08 急救，逕認本案醫師有未盡注意義務及未符合醫療常規之過
09 失云云，尚屬無據。

10 (七)從而，參酌卷附臺中榮總、中國附醫相關病歷內容、前揭原
11 鑑定意見及再鑑定意見，可徵該等鑑定意見明確詳盡，亦無
12 違背經驗法則或倫理法則之處，因認前開鑑定結果應屬可
13 採，並綜合全部卷證資料，足認謝聖怡實施系爭手術前，已
14 向原告及陳○香詳細說明手術同意書、手術過程範圍、風險
15 及衛教注意事項，善盡告知說明義務，而原告及陳○香就系
16 爭手術內容、必要性、進行方式、治療風險、常見併發症及
17 副作用、治療成功率應有充分了解，無侵害原告或陳○香之
18 自主決定權，並經其等同意後始進行系爭手術；又謝聖怡所
19 為前揭醫療行為，並無違反法律規定、醫療常規或其他注意
20 義務之情形，其本身或臺中榮總監督其執行業務自均無過失
21 可言，且陳○香於系爭手術後發生呼吸功能不足、呼吸衰
22 竭、缺氧性腦病變、失能癱瘓後死亡之遺憾結果，均與謝聖
23 怡之醫療處置無相當因果關係，是原告主張謝聖怡有侵權行
24 為，請求謝聖怡與臺中榮總連帶負損害賠償責任，均屬無
25 據。

26 (八)按因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得
27 依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利，因不完全給
28 付而生前項以外之損害者，債權人並得請求賠償；債務人因
29 債務不履行，致債權人之人格權受侵害者，準用第192條至
30 第195條及第197條之規定，負損害賠償責任，民法第227
31 條、第227條之1分別定有明文。又所謂不完全給付，係指債

01 務人之給付不符合債之本旨而言，最高法院93年度台上字第
02 42號判決意旨可資參照。本件謝聖怡之醫療行為，並未違背
03 告知義務及相關注意義務，已如前述，故其對陳○香於系爭
04 手術後發生呼吸功能不足、呼吸衰竭、缺氧性腦病變、失能
05 癱瘓後死亡之不幸結果，均無可歸責之事由，是原告依民法
06 第227條及第227條之1規定，請求臺中榮總賠償損害，洵屬
07 無據。

08 (九)關於原告依系爭保單與保險法第34條第2項規定請求友邦人
09 壽給付1,000,000元本息部分。按傷害保險人於被保險人遭
10 受意外傷害及其所致失能或死亡時，負給付保險金額之責。
11 前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者。保
12 險法第131條第1、2項各定有明文。據此，要保人一方主張
13 保險給付請求權時，依據民事訴訟法第277條關於舉證責任
14 分配之原則，必須對於權利發生要件負擔舉證責任，證明保
15 險契約承保範圍內之保險事故發生。在意外傷害保險之案
16 件，基於保險法第131條第2項將意外傷害事故定義為「非由
17 疾病所引起之外來突發事故」，因此權利人行使權利時，必
18 須證明被保險人有體傷或死亡，係「非由疾病所引起」、
19 「外來」、「突發」之事故。經查，系爭保單係屬意外傷害
20 保險，此見系爭保單之保險契約第2條第1項第8款、第3條、
21 第10條之約定自明（見本院卷一第58、60頁），而前揭鑑定
22 意見認陳○香為帕金森氏症第五期者，且有氣切管、氣管軟
23 化症，呼吸功能、吞嚥功能均有可能失調，易有呼吸功能不
24 足之突發狀況，且本件難認陳○香乃因系爭手術導致其術後
25 發生呼吸功能不足、呼吸衰竭、缺氧性腦病變、失能癱
26 瘓，均業如前述，顯見原告並未證明陳○香之失能癱瘓係
27 「非由疾病所引起」之事故，則原告逕以陳○香失能癱瘓請
28 求友邦人壽依系爭保單給付保險金，顯屬無據。

29 四、綜上所述，原告依民法第184條第1項前段、第2項、192
30 條第1、2項、195條第1、3項、第188條第1項、民法第227
31 條、227條之1規定，請求臺中榮總與謝聖怡連帶給付3,221,

01 880元本息，或由臺中榮總為該給付，及依系爭保單與保險
02 法第34條第2項規定請求友邦人壽給付1,000,000元本息，均
03 為無理由，應予駁回。原告之訴既經駁回，其假執行之聲
04 請，亦失所附麗，應併予駁回之。

05 五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經
06 本院審酌後，認與判決結果不生影響，爰不逐一論述，附此
07 敘明。

08 六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

09 中 華 民 國 114 年 4 月 30 日
10 民事第三庭 法官 林秉賢

11 以上正本係照原本作成。

12 如不服本判決，應於送達後20日內向本院提出上訴狀（須附繕
13 本）。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

14 中 華 民 國 114 年 4 月 30 日
15 書記官 張雅慧