臺灣高等法院臺中分院刑事判決

114年度上更一字第36號

上　訴　人
即　被　告　鄭O銘　（年籍詳卷）
選任辯護人　楊博堯律師

上列上訴人即被告因成年人故意對兒童犯傷害致死等案件，不服臺灣臺中地方法院110年度訴字第1399號中華民國112年4月19日第一審判決（起訴案號：臺灣臺中地方檢察署109年度偵字第10279、17705號、110年度偵字第14877號），提起上訴，前經本院第一次判決（本院112年度上訴字第2049號），上訴第三審後經最高法院（114年度台上字第3500號判決）部分撤銷發回，本院就發回部分判決如下：

主　文

原判決關於鄭○銘成年人故意對兒童犯傷害致人於死罪部分撤銷。

鄭○銘成年人故意對兒童犯傷害致人於死罪，處有期徒刑伍年。

事　實

一、鄭○銘係成年人，其與Ａ０６為夫妻，共同育有長女（民國000年0月生，下稱丙童）、次女甲童與三女乙童（甲童與乙童為雙胞胎，均民國000年0月生）（Ａ０６所涉對甲童、乙童之傷害罪嫌，另經臺灣臺中地方檢察署檢察官為不起訴處分），鄭○銘與甲童為家庭暴力防治法第3條第3款所定之家庭成員關係。

㈠鄭○銘平常對甲童就不太有耐心，在照顧過程中造成甲童身上多處瘀傷。108年12月2日鄭○銘工作下班，19時35分許返回位於臺中市○○區○○路之住處（住址詳卷），斯時Ａ０６正在浴室準備小孩洗澡用品，由鄭○銘獨自照顧甲、乙、丙3童，因甲童及丙童同時哭鬧，丙童又自行走向浴室找Ａ０６，致Ａ０６無法繼續準備沐浴事宜，遂要求鄭○銘先將丙童帶離安撫。鄭○銘明知甲童係出生四個月餘之嬰兒，其頭、頸部之結構發育尚未完全，極為脆弱。詎鄭○銘為使甲

童停止哭鬧，主觀上雖無致人於死之故意，客觀上應可預見對嬰幼兒頭部用力劇烈搖晃，極有可能導致嬰幼兒腦部機能遭受難治之重大傷害甚至發生死亡之結果，惟因一時情緒不耐，竟基於成年人故意對兒童傷害之犯意，扶住甲童頸部並猛力搖晃後，致甲童受有雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液、雙側腦室擴大之傷害，嗣鄭○銘發現甲童四肢癱軟，意識不清，囑Ａ０６於同日19時50分20秒撥打119報案，救護車19時58分抵達，甲童19時58分43秒上救護車（救護病歷記載:救護人員接手甲童時，甲童已經沒有呼吸心跳），於同日20時11分許送抵達中國醫藥大學附設醫院（下稱中醫大附醫）急診救護（中國醫藥大學發現疑似兒虐事件，於同日20時41分報警）。

㈡因甲童到院前已無呼吸心跳，經醫護人員108年12月2日搶救後，20時14分始恢復呼吸心跳，108年12月5日進行電腦斷層檢查，108年12月11日進行MRI檢查，後陸續於108年12月13日進行開顱手術，並接受硬腦膜積液外引流管手術，108年12月18日接受硬腦膜內引流管手術，109年1月8日因水腦症接受左側腦室內引流管手術，109年1月11日至109年1月13日起使用鼻式正壓呼吸器，但甲童仍然處於昏迷狀態，沒有清醒過來，也無法自行吞嚥口水，且有肢體張力僵硬等神經功能異常現象，需服用抗癲癇藥物。109年1月13日脫離呼吸器，109年1月17日醫師評估後，仍使用氧氣鼻導管以維持血氧濃度，15時30分先轉到普通病房。

㈢109年1月18日上午07時10分因看護照顧疏失，發生419秒低血氧濃度事件，甲童經急救後緊急轉入兒童加護病房，仍維持以往之意識不清狀態，精神狀態沒有好轉，109年1月31日接受左側腦室內引流管移除及左側腦室外引流管手術，109年2月13日接受右側腦室內引流管手術及氣切手術，109年3月4日轉回普通病房，109年3月12日診斷「急性呼吸衰竭合併缺氧、非創傷性硬腦膜下出血、呼吸器依賴狀態、阻塞性水腦症」出院，醫囑「出院後仍須使用呼吸器及專人照

護」。

㈣甲童住院期間，法院裁定監護權改定由爺爺奶奶監護，故甲童109年3月12日出院後由爺爺奶奶照顧，甲童於109年4月7日因慢性呼吸衰竭、腦性麻痺前往中國醫藥大學附設兒童醫院急診轉入該院加護病房，109年4月27日轉至板橋國泰醫院接受後續治療，抽血檢驗報告發現血色素不足、淋巴球太高；109年4月28日檢驗發現尿中白血球偏高、尿中有細菌、尿白血球之現象，已經有敗血症跡象。109年11月2日血液檢查報告，紅血球太少、白血球太高，血小板不足，淋巴球偏少，已經有診斷為敗血症。

㈤甲童因為敗血症，110年2月20日至110年3月2日轉往長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱林口長庚醫院）住院，110年3月2日又轉回板橋國泰醫院住院，110年4月19日前往林口長庚醫院求診，經診斷有「敗血症，呼吸器相關肺炎相關、神經性膀胱、低血鉀、血小板低下合併凝血功能異常、慢性呼吸衰竭 呈呼吸器依賴、癲癇、腦性麻痺」等症狀，110年5月21日至110年6月3日轉入林口長庚醫院，診斷為「敗血症、呼吸器依賴症候群」，110年6月3日又轉回國泰醫院，診斷有「金黃葡萄球菌敗血症」，110年7月1日情況惡化，再於110年7月1日17時53分轉回林口長庚醫院，經診斷為「因敗血性休克、肺炎、血小板低下合併凝血功能異常、慢性呼吸衰竭呈呼吸器依賴、癲癇、腦性麻痺」等症狀，直到110年7月2日21時26分許，因敗血性休克不治死亡。

二、案經臺中市政府社會局訴由臺灣臺中地方檢察署檢察官偵查起訴。

理　由

甲、程序部分：

一、按宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體對為刑事案件當事人或被害人之兒童及少年不得報導或記載其姓名或其他足以識別身分之資訊；行政機關及司法機關所製作必須公開之文書，除法律有特別規定之情形外，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1項第4款、第2項定有明文。被害人甲童（000年0月生，真實姓名年籍皆詳卷），於本案發生時均屬兒童及少年福利與權益保障法所規定之兒童，依前揭規定，於本判決中自不得揭露足以識別被害人之資訊；又上訴人即被告鄭○銘（下稱被告），證人Ａ０６、丙童、乙童分別為甲童之父、母、胞姐、胞妹，案發時均與甲童同居一處，其等年籍資料均屬足以識別甲童之資訊，依前揭規定，於本判決中亦屬不得揭露之資訊，爰皆不予揭露。

二、證據能力部分

㈠按刑事訴訟法施行法第7之19條規定：「中華民國112年12月1日修正通過之刑事訴訟法施行前，已繫屬於各級法院之案件，其以後之訴訟程序，除本法另有規定外，應依修正刑事訴訟法終結之。但修正刑事訴訟法施行前已依法定程序進行之訴訟程序，其效力不受影響。」是以參照該條第2項但書之規定，本諸舊程序適用舊法，新程序始用新法之一般法則，各級法院於前開關於鑑定制度之刑事訴訟法修正施行前，已依法踐行之訴訟程序（如鑑定之相關證據法則之適用），其效力不受影響。又112年12月15日總統令修正公布之刑事訴訟法第208條「（第1項）法院或檢察官得囑託醫院、學校或其他相當之機關、機構或團體為鑑定，或審查他人之鑑定，除本條另有規定外，準用第203條至第206條之1之規定；其須以言詞報告或說明時，得命實施鑑定或審查之人為之。（第2項）前項情形，其實施鑑定或審查之人，應由第198條第1項之人充之，並準用第202條之規定，及應於書面報告具名。（第3項）第1項之書面報告有下列情形之一者，得為證據：一、當事人明示同意。二、依法令具有執掌鑑定、鑑識或檢驗等業務之機關所實施之鑑定。三、經主管機關認證之機構或團體所實施之鑑定。」，本條已經於113年5月15日施行。機關鑑定之實施鑑定人，準用刑事訴訟法第202條「鑑定人應於鑑定前具結，其結文內應記載必為公

正誠實之鑑定等語。」有具結義務。

㈡本院前審審判時，被告之辯護人於113年6月24日準備程序中，請求就甲童死因送亞東醫院、林口長庚醫院、馬偕醫院、臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）、高雄醫學大學中和醫院、彰基醫院鑑定（112上訴2049遮隱卷一第380頁）。故本院前審於113年7月11日曾囑託臺大醫院，就甲童死亡之結果，與108年12月2日傷害事件及109年1月18日低血氧事件間之因果關係進行鑑定；該院嗣於114年1月9日函復其鑑定意見（回復意見表），然並未依修正後刑事訴訟法第208條第2項、第202條規定，由實施鑑定之醫師於鑑定前具結，並於回復意見表上具名（見原審卷第1宗第397頁，原審卷第2宗第23至29頁），依刑事訴訟法第158條之3規定，自不具有證據能力。

㈢甲童108年12月2日送中醫大附醫急診後，先由急診室醫師急救，再轉入加護病房救治，證人即中醫大附醫之醫師陳傑賀於108年12月6日偵查中結證稱：「甲童108年12月2日（筆錄誤載為3日）20時11分到中醫大附醫急診室，22時36分才轉到加護病房，由急診醫師轉到兒童醫院才由我接手。醫院急診室跟加護病房沒有在同一地點」（見他10446號卷第67至71頁）。因為陳傑賀醫師是負責診療甲童之醫師，且有專業醫學背景。依據最高法院見解，若以曾經診視病人之醫師而為證人訊問病狀，為鑑定證人，因其性質不可代替，仍不失為證人，依刑事訴訟法第210條規定，應適用證人之程序具結而要求據實陳述，並不適用關於鑑定人具結之程式，當事人亦無從加以拒卻。惟鑑定證人就其經驗之事實而為專業上之意見報告部分，例如，診治醫師就其所見病人病症，依其專業知識而為病因判斷之報告，則屬意見之陳述，應依鑑定人規定具結而為公正誠實之鑑定，而其所為證言即有證據能力（最高法院111年度台上字第1850號判決意旨參照）。因為鑑定證人陳傑賀醫師於108年12月6日偵查中已經結證，其具結後所為陳述，自有證據能力。

㈣中國醫藥大學兒童醫院Ａ０２醫師是中醫大兒醫108年12月15日出具之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書(109年度他字第5515號卷第35頁）之主要撰寫人。Ａ０２醫師有到醫院內看過甲童，但Ａ０２醫師並不是甲童之主治醫師，也不負責實際診療甲童。Ａ０２醫師其於偵查中之陳述，係本於其醫學知識，參酌之相關病歷及記載之甲童臨床反應，與其後續醫院治療過程等事實資料，所為之專業判斷，為鑑定人身分，已經於偵查中具結，有偵查卷附鑑定人結文可按（見偵10279卷第503頁）。是Ａ０２醫師於偵查所為之陳述，依上說明，自具有證據能力。鑑定人Ａ０２醫師於本院審理中到接受交互詰問，並清楚說明鑑定意見，故鑑定人Ａ０２醫師之鑑定意見，自具有證據能力。

㈤本判決下述所引用之供述證據（含言詞及書面陳述），檢察官、被告及其辯護人於本院審理期間表示對於證據能力均不爭執（見本院更一審卷第85頁、第188頁審理筆錄），本院審認上開證據作成時之情況，應無違法取證或不當情事，與本案待證事實間復具有相當之關聯性，以之作為證據應屬適當，依刑事訴訟法第159條之5規定，自有證據能力。

㈥另以下所引用之非供述證據，均與本件事實具有自然關聯性，且核屬書證、物證性質，又查無事證足認有違背法定程式或經偽造、變造所取得等證據排除之情事，復經本院依刑事訴訟法第164條、第165條踐行物證、書證之調查程序，亦堪認均有證據能力。

貳、認定犯罪事實所憑之證據及理由:

一、訊據被告固坦承為甲童之父，案發時與其同住一處，甲童於前揭時間送醫前，係由伊跟太太即證人Ａ06在家一同照顧等情，惟否認有何成年人故意對兒童傷害致人於死之犯行，辯稱：我沒有故意傷害或是傷害致死，我很自責108年12月2日照顧上的疏失。108年12月2日我只是回家要照顧她們要讓她們洗澡，我真的沒有故意要傷害，當下我一次照顧兩個準備要讓她們洗澡，因為當時她們兩個在哭鬧，我只是在抱跟

照顧，我突然感覺小孩變軟、呼吸變小，我跟老婆說有點不對勁，我老婆趕快衝進來，我絕對沒有故意要傷害甲童，可能有疏忽沒有照顧好她，我們立即打電話119救護，第一次聽到OHC這個名詞，是119人員在線上教我老婆如何急救，是我太太負責急救，救護車到了，是老婆及甲童先上救護車，另外兩個小孩跟我在家裡，凌晨我收到通知後，就馬上過去醫院。甲童的死亡，與108年12月2日受傷沒有因果關係。甲童氣切插管後一度有回我爸媽家，因為社會局有申請保護令，醫生有交代如果有緊急需要照護是可以回去詢問的。甲童去我爸媽家時是氣切過的，接頭還沒有拆，我們有備著氧氣瓶，我爸媽是用鼻胃管餵食照顧的，就是因為發現有狀況，我自己先去中醫大附醫詢問，之後就是自己抱小孩去中醫大附醫就醫，有照過X光，發現大腿骨有裂，因為這樣才又住院，之後就沒有辦法出院了。我女兒的死亡，與108年12月2日受傷沒有因果關係（本院更一審準備程序筆錄）。我沒有主動傷害小孩的想法，我沒有故意大力搖晃的行為，如果說有什麼疏失，這點我要擔責任，畢竟那時候3個孩子都在我身邊，我有責任要照顧小孩。但我沒有主動想法或刻意行為或是預謀造成孩子這樣的病症，畢竟她是我女兒。事情發生後，我們真的是很努力維持這個家，我也是辭職維持這個家，雖然二女兒已經離開這個家，家已經不完整，我跟我太太核心的想法，是要讓其他兩個小孩在身心健康下長大。希望不要再有這樣的事情在我家發生，家族沒有人可以承受這些，希望法官給我們個機會（審理筆錄）。

二、律師辯護意旨:

㈠法院認定父母對小孩故意的傷害，應該有一個明確的證據，被告並沒有情緒上的問題，也與小孩無深仇大恨，這個小孩是雙胞胎早產出生2220公克體重偏輕，嬰兒的體質與一般不同，原審、偵查都沒有探究，作證醫師也沒有說明早產兒是否比一般的嬰兒更容易出血，這個狀況可能是照顧疏忽，而不是故意。甲童108年12月2日送醫急救，治療回復到不錯的

狀況，108年12月17日轉普通病房，18日看護照顧疏失，導致甲童低血氧而需要氣切，已經發生因果關係中斷（本院更一審準備程序）。

㈡起訴書、一審判決書認為被告情緒難耐，對甲童拋摔，導致甲童顱內出血。但不論是被告與家人、同事的相處，並沒有人說被告平常會有情緒難耐的情況。被告一向情緒平和，我與被告接觸，也沒有看過他有暴躁的狀況。法院認定被告情緒管理有問題而認為對甲童傷害，這是難以想像的，甲童是被告的二女兒，被告對大女兒照顧並沒有問題，如何推斷被告想要故意傷害二女兒？判決書的推斷都是從甲童的傷勢來的，丙童是獨生長女體重無問題，但甲童、乙童是雙胞胎，甲童是早產兒，體重偏低，體質容易瘀青，但姊姊丙童沒有這種體質。甲童事件發生後過了半年，就發生乙童109年3月19日受傷的事件，這在經驗法則是很難想像的。歷審都沒有處理到甲、乙童特殊體質的問題。小孩的脖子是特別脆弱的，所有的病歷中都沒有記載甲童的脖子受傷。排除拋、摔與沒有按住脖子劇烈搖晃，只有可能是抓住脖子故意搖晃，這種情形很難想像，其實被告沒有要故意傷害甲童，腦室出血極有可能是特殊情形。不排出是甲童特殊體質比較容易出血。沒有做醫學的取樣或排除之前，法院竟論斷是蓄意傷害，這樣的判斷對被告是重大的指控，因為這是他的女兒，當甲童發生這樣的事件對被告已經是很大的不幸，更何況被法院論斷是他故意的行為造成（本院更一審審理程序）。

㈢Ａ０６沒有受過醫護的訓練，在緊急狀況的急救行為是否有偏差造成甲童身上瘀傷，鑑定人張醫師說這不可能，但張醫師沒有目睹，她沒看到Ａ０６身為母親的焦慮，她做的急救是否會造成瘀傷，張醫師的說詞與現實的狀況是有偏差的，Ａ０６也說她按壓是在胸部，且因為當時混亂急迫的狀況，要從主觀論斷被告要傷害甲童是很牽強的，照顧上面有疏失是所有父母都可能發生的狀況，被告認為說如果認定他照顧疏失，他願意認罪，但被告沒有故意（本院更一審審理程

序）。

㈣鑑定人張醫師說甲童重度腦傷一定要氣切，但中醫大附醫的報告說甲童已經可以自主呼吸只是要拍痰，且從加護病房移出到普通病房，張醫師剛剛沒有考慮到這些點，以重度腦傷、氣切感染來論述是過於武斷，小孩已經不需要氣切的狀況下，才轉到普通病房，她後來感染導致敗血死亡已經是因果關係中斷了（本院更一審審理程序）。

三、甲童被送急診之背景事實:

被告係成年人，其與證人Ａ０６為夫妻，依序育有長女丙童，雙胞胎之甲童、乙童，於108年12月2日彼時共同居住在臺中市○○區○○路住處。被告於該日19時許工作下班，19時35分進入電梯（有電梯監視錄影畫面可證），到家後斯時證人Ａ０６正在浴室準備小孩洗澡用品，由被告獨自照顧甲、乙、丙3童，因甲童及丙童同時哭鬧，嗣被告發現甲童四肢癱軟，意識不清，於同日19時50分許，囑Ａ０６撥打119報案（19時50分20秒撥打119之報案紀錄可證），119報案譯文中證人Ａ０６說「他（甲童）現在整個暈倒，整個是放軟的。（呼吸）很微弱。應該說他原本呼吸就很微弱。幾乎沒有呼吸啊。我就只有摸到心跳而已。真的都只有心跳而已。嘴巴也沒有呼吸」（119報案錄音檔譯文可證）。救護車19時58分到達。醫療救護員抵達時，依救護人員所見，甲童已經心跳停止。甲童於19時58分43秒上救護車（有救護車內之監視錄影畫面可證），於同日20時11分許到達中醫大附醫急診（有急診病歷上到達時間可證），甲童到院前已無呼吸心跳，經醫護人員搶救後，20時14分始恢復呼吸心跳等情，以上經被告於警詢、偵訊、原審時均不爭執（見偵10279號卷第21至24頁、第477至483頁，他5515號卷第169至176頁、第255至257頁，原審卷第74頁、第262至264頁），核與證人Ａ０６於警詢及偵訊時之證述相符（見偵10279號卷第33至36頁、第477至483頁，他5515號卷第177至184頁、第256至257頁）相符，並有Ａ０６現戶全戶戶籍謄本、臺中市政府消防

局108年12月2日緊急救護案件紀錄表等在卷可參（見偵17705號卷第227至228頁，偵10279號卷第79頁），中醫大附醫急診病歷記載（108年度他字第10446號-中醫大附醫病歷影本第15頁以下）、119報案錄音檔譯文（偵10279號卷第81-82頁），此部分之事實，堪先認定。

四、甲童於108年12月2日所受傷害部分

㈠甲童於108年12月2日晚間因突發性意識不清，證人Ａ０６19時50分20秒撥打119報案，救護車人員於19時58分到達其上址住處時，發現已無呼吸心跳並開始執行心肺復甦術。急診病歷記載「When they were waiting for 119. She had no heart beat.After CPR on the ambulance and emergency department. She had returen of spontaneous circulation」「EMT人員到達現場已無自發性呼吸心跳 ，on AED，持續CPR至本院急診求治」（108年度他字第10446號-中醫大附醫病歷影本第21、67頁），後續於20時11分到達中醫大附醫急診室，繼續進行心肺復甦術後於20時14分恢復心跳，經診斷受有「雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液、雙側腦室擴大」之傷害，並陸續於108年12月13日接受硬腦膜積液外引流管手術，以上有甲童病歷資料、甲童傷勢照片、甲童中醫大兒醫108年12月3日診斷證明書(到院前心跳停止、身體多處瘀傷、雙側視網膜出血)、甲童108年12月2日傷勢照片等資料可證。

㈡甲童入院當天被中醫大附醫發現疑似兒虐，並依法報警立案。中醫大附醫本於醫院職責，對疑似兒虐案件進行專業調查，由鑑定人Ａ０２醫師主筆完成中醫大兒醫108年12月15日出具之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書（見偵10279號卷第159至175頁），分析:「甲童初於108年12月2日晚間送往中醫大附醫急診室，經電腦斷層檢查顯示大腦鐮處少量硬腦膜下腔出血，眼科檢查顯示雙側多層次視網膜出血之傷勢，初步診斷為到院前心跳停止經急救後復甦、受虐性腦部創傷，後續轉送小兒加護病房進一步觀察和處置，身體檢查

顯示兩側前胸、腹部背部以及下腹部處皆有不同於前次（108年10月27日）入院時的瘀傷（新傷），同時此次瘀傷亦有不同時期顏色的瘀傷，代表不只1次受傷，以甲童僅4個月大不可能自行造成身上有多處瘀傷，眼眶下點狀線狀瘀傷不可能自行揉眼睛造成，左臉頰瘀傷不排除外物撞擊造成，但軀幹胸腹背部的傷勢，右前胸進中線處部分疑似指頭捏傷之瘀傷，並非一般拍打嗝、撫摸或洗澡沐浴抓握等會造成之瘀傷，因此研判為身體虐待所致。入院後12月5日電腦斷層追蹤檢查報告顯示少量雙側硬膜下腔血腫，以及枕骨處頭皮腫脹，12月11日腦部核磁共振追蹤檢查顯示雙側慢性硬腦膜下血腫，以及左後枕區點狀出血痕跡，12月13日進行開顱手術，引流硬腦膜下腔血腫和積液，入院後甲童抽搐發作多次，目前仍以抗癲癇藥物控制中，12月11日腦波檢查顯示嚴重腦部皮質功能障礙，目前對刺激僅有少量肢體反應，自主性動作甚少，目前仍插管接受呼吸治療但有自主性呼吸，無自主性張眼，肌張力反射大致正常，現仍於加護病房救治中。依家屬提供之過去病史，甲童過去未有重大先天性疾病，住院期間檢查凝血功能正常，血小板數量正常，初步排除因先天性凝血功能異常所造成之顱內、眼底出血之可能性，甲童父母亦否認照護上近期甲童有外傷跌落致傷之可能性，甲童年僅4個月大，相近1個多月兩次入院皆發現身上有多處瘀傷，同時此次相較10月份傷勢為新傷，對於瘀傷成因甲童父母未能有清楚之解釋，4個月大之嬰幼兒仍無移行能力，不可能自行造成身上多處新舊夾陳瘀傷，因此診斷為身體虐待，此次到院前心跳停止，經急救後復甦之原因為受虐性頭部創傷。由於入院時甲童之電腦斷層檢查僅顯示大腦鐮處少量硬腦膜下腔出血，無顯著大腦水腫，眼科檢查顯示雙側多層次視網膜出血，因此僅能初步推估受虐性頭部創傷發生時間約在24小時內」（見偵10279號卷第159至175頁綜合評估報告）。

㈢證人即中醫大附醫陳傑賀醫師於偵查中具結證稱：甲童108

年12月2日（筆錄誤載為3日）20時11分到中醫大附醫院急診室，22時36分才轉到兒童加護病房才由我接手。轉入加護病房前，急診室先幫甲童做CPR、插管，回復心跳穩定後才可以轉加護病房。當時甲童PEA（即Pulseless electrical activity，無脈電活動），所以沒有接受電擊。甲童在急診時有做電腦斷層，當時發現有輕微的「硬腦膜下出血」，有請眼科醫生會診，發現有視網膜下出血，最常見原因是嬰兒搖晃症候群。因為甲童的出血點狀況很新，但只有微量，應該是在72小時內發生的，所以神經外科醫生說不用手術。這種嬰兒搖晃症候群不太可能是甲童自己撞傷造成，因為造成此種腦傷力道要很大，而且甲童才4個月大，不會翻身，也不可能是1歲小孩（按：丙童）造成，因為1歲小孩不可能舉起4、5公斤的嬰兒，而且甲童頭部沒有任何外傷。3歲以前的小孩頸部很軟，搖晃頭部就可能造成嬰兒搖晃症狀，而且甲童「眼睛、身體部分都有瘀青」，也不可能是1歲小孩造成，一般小孩的玩具應該不可能造成這樣的傷勢，甲童身上的傷口不只1個，如果是姐姐拿玩具弄的，大人應該會制止等語（見他10446號卷第67至71頁）。

㈣證人即中醫大附醫ＡＯ２醫師於偵查中，就前揭中醫大兒醫受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書之內容具結證稱：評估報告書所載「受虐性頭部創傷」，指嬰兒頭部遭劇烈搖晃或撞擊的臨床表徵，不是單純由外觀判斷，還有意識障礙、硬腦膜下及視網膜出血等症狀綜合判斷。行為人是故意搖晃或疏忽力道的大小造成，沒有辦法直接從外觀判斷，但可以從傷勢判斷。研究指出受虐性腦傷並不是因意外或疏忽造成，而是蓄意所為。甲童12月2日急診入院是受虐性頭部創傷引起的慢性硬腦膜下出血，一般是因劇烈搖晃、拋摔等造成撞擊鈍傷之結果，因為拋摔造成的減加速度，會造成血管破裂引起出血，出現的症狀就是硬腦膜下出血及視網膜出血。我們會先排除是因車禍碰撞或是高度跌落，或是先天血液疾病等事件，甲童入院時身體軀幹胸腹、背部有多處拇指

印的新舊瘀傷，因為平常在抓握嬰兒洗澡，手是撐在背部或是肩膀，不會有拇指印在胸前，拍打或撫摸也不會產生拇指印，故大多認為是身體虐待所致，非一般照顧或意外會造成的部位。陳傑賀醫師證述外力事件可能在72小時內發生，是他經驗上推估，一般而言個案的出血量不多，腦部腫脹不明顯，所以時間可能會稍微長一點，有些人會認為是2到3天，但我考量甲童只有4個月，經過腦傷要撐過24小時後才有病徵的機率比較小，所以我才會判斷是24小時內發生。一般所謂嬰兒搖晃症候群，沒有說要搖幾下，研究上是只要是單一次事件，可能是單一次搖很多下，如果是蓄意的搖晃，當下個案就可能會出血造成腦傷的症狀。我的意思是甲童本來已經受傷，只是在搭救護車的時間點受創的症狀跑出來，而且同在到院前呼吸心跳都停止，這是非常嚴重的狀況，我才會說在急救之前可能有什麼重大的事情發生。我不排除本案在急救前有其他加成的外力造成。若有顯著大腦水腫判斷受創時間會不同，因為腫脹或是出血厲害，判斷時間「是在數小時內達成的結果，但本案因為血腫不明顯，所以才會推估是在24小時內造成」。甲童的診斷符合受虐性頭部外傷，且照護者沒有提出合理的說法解釋個案身體瘀傷及受虐性頭部創傷原因，因此診斷就是身體虐待。甲童不可能復原成一般人，而且無法行走，一般沒有辦法活到成年，容易因呼吸道或其他感染就離開人世等語（見偵10279號卷第495至500頁）。

㈤參照衛生福利部兒少虐待及疏忽醫事人員工作手冊第二版第二章指出，「受虐性腦傷」（Abusive head trauma）係指嬰幼兒頭部遭到劇烈搖晃或撞擊的臨床表徵。臨床表現輕微者包含嗜睡、躁動、嘔吐；嚴重則有抽搐、昏迷甚至於死亡。大部分案例都有廣泛性的眼底出血現象，典型三大特徵則為硬腦膜下血腫、腦水腫與視網膜出血。傷害機轉：劇烈搖晃嬰兒頭部，或將嬰兒頭部直接暴力衝擊堅硬的平面，致使頭部驟然減加速，對腦組織以及硬腦膜下橋接靜脈產生剪

力傷害導致，此有前揭中醫大兒醫受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書附註1.記載可憑。

㈥辯護人主張甲童頸部沒有傷勢，所以甲童不可能是被大力搖晃、拋摔云云。然查，鑑定人Ａ０２於本院審理中證稱「（辯護人問:對4個月的嬰兒拋摔或是大力搖晃，是否會造成頸部受傷呢？）會，如果頸部沒有支持住，頸部這麼小要被扶住，大力拋摔搖晃中沒有扶他頸部，頸部存在受傷的危險，4個月大的嬰兒是容易受傷的。（檢察官問；如果有扶住頸部去做拋、摔，頸部也是會容易受傷嗎？）如果要拋摔，扶住頸部是很難做拋、摔的動作，正常的互動並不會造成受虐性腦傷，拋、摔是無法扶著頸部的。扶住頸部大力搖晃，如果有扶住頸部，頸部受傷機率比較少，但頭在甩動中，小孩腦袋比較小與頭顱中間有一個縫，因為他還要再長，甩可能會拉扯晃動，血管會破掉，就算扶著頸部蓄意大力甩動 ，腦部可能會受傷，但頸部可能因為扶住，沒有受傷。」（審理筆錄）。因為甲童頸部沒有傷勢，如果是大力拋摔到地上，只傷害頭部沒有傷害頸部，這是不太可能的；但醫師也證明說，如果扶住頸部而用力搖晃，頸部受傷機率小，但可能有其他腦部的傷害。甲童急診時，檢查出上揭硬腦膜下及視網膜出血之情形，頭部外觀卻無明顯傷勢，可排除是自高處摔落所致。

㈦因為甲童沒有腦室出血，甲童是硬腦膜下出血，由上開醫療證據，堪認甲童前揭之傷勢符合「受虐性頭部創傷（即嬰兒搖晃症候群）」之徵狀，又甲童於108年12月2日送醫急診，經以電腦斷層追蹤檢查發現有少量雙側硬膜下腔血腫，及枕骨處頭皮腫脹，眼科檢查發現有雙側多層次視網膜出血，腦部核磁共振追蹤檢查則發現有雙側慢性硬腦膜下血腫、左後枕區點狀出血痕跡，「枕骨處頭皮腫脹」表示有一定外力衝擊，只是因為頸部沒有傷勢，已排除是高處墜落撞擊地面。「枕骨處頭皮腫脹」表示曾經使頭枕部去撞擊到硬物，留下頭皮腫脹，但不一定與本次急診前心跳停止事件事同時發生

的，可能24小時內某次頭部撞擊硬物，但本次發生「大腦鐮處少量硬腦膜下腔出血，雙側多層次視網膜出血」重大傷害，才會到院前心跳停止。

㈧辯護人雖為被告辯稱:甲童是早產兒，體質較弱，容易造成外表瘀傷，實乃特殊體質所致，並非遭受家暴云云。然查:

1.Ａ０６預產期本為108年8月16日，但000年0月00日早產，甲童出生體重僅2220公克。一般體重未達2500公克的即可稱為「低出生體重兒」，但甲童僅是早產三週，器官發育接近足月，體重稍有落後，不算是異常的輕，只是需要多一點照顧與醫療而已，是有機會趕上正常生長曲線的。

2.衛福部有配發新生兒的健康手冊給爸爸媽媽，4個月女嬰標準範圍是5.8-7.9公斤、58-65公分身長左右。曾經前次108年10月27日對甲童檢查時是「體重4.95公斤，居於10-50百分位；身高52公分，居於10-50百分位」（108年度他字第10446號卷第150頁）。而108年12月6日對甲童檢查結果是「體重5.3公斤、身高56公分、BMI:16.90、正常營養狀態」（108年度他字第10446號-甲童中國醫藥大學附設醫院病歷卷第74頁），可知甲童體型偏小一點，但並沒有特別衰弱。

3.酌之證人陳傑賀、Ａ０２偵查中證詞及上揭中醫大兒醫108年12月15日受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書所載，甲童並未有重大先天性疾病之病史，經檢查後亦可排除因先天性凝血功能異常所造成；且造成甲童上開傷勢之可能時點，證人陳傑賀、鑑定人Ａ０２上開所證雖有24小時內或72小時內發生之差異，然均一致認應係送醫不久前發生。

4.鑑定人Ａ０２於本院審理中證稱「（你寫報告書的時候，是否知道他是早產兒？）我們會拿到他的記錄所以會有，但他沒有到很早產，評估的時候不一定會把早產的事情寫在裡面，甲童的體重要看病歷，但報告書不會寫身高體重，所以我記不起來，但當時的病歷裡面一定有，評估書除非跟身高體重有關，不然不會寫到身高體重。（當時甲童的體重與一般4個多月的小孩體重是否有相當或是過輕？）沒有到過

輕，如果小孩有早產，要算他的矯正年齡不能用4個月算，要用那個標準去看，我記得當時甲童的體重並沒有特別小於百分之三什麼的。（報告書指出凝血功能沒有異常，是否指符合4個多月的參考值，而不是一般成年人的水平？）應該說她是符合所有兒童的檢測正常值，我們醫院有一個參考值，她並沒有超過這個參考值。（早產兒的血管結構及止血系統是否比足月的嬰兒或是成人，在非蓄力的力道下例如抓或是驚慌的情形下，容易產生瘀青的狀況？）如果是瘀青，不會因為是早產兒就更容易瘀青，正常照顧不會比較容易瘀青，舉例來說早產兒在加護病房診治，診治並不會造成瘀青，不會因為日常照護就造成瘀青風險比較高，你說血管皮膚會不會比較脆弱，如果越早產，機會比較高，大概會是在出生那段時間機會比較高一點，比如28、29週皮膚白，機會比較高一點，但就本案是三、四個月大已經比較穩定的狀況了。」（審理筆錄），所以甲童並沒有因為早產，一直到四個月多時還皮膚脆弱容易瘀傷，其實本案發生時甲童已經4個月餘，她的皮膚與血管功能等，與一般四個月的嬰兒相同。

㈨更一審辯護人爭執甲童身上瘀傷是急救不當所造成，並非受虐造成，然查:

1.中國醫藥大學兒童醫院108年12月15日出具之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書記載（見偵10279號卷第159至175頁）「甲童..身體檢查顯示兩側前胸、腹部背部以及下腹部處皆有不同於10月27日入院時的瘀傷（新傷）..研判為身體虐待所致。入院後12月5日電腦斷層追蹤檢查報告顯示少量雙側硬膜下腔血腫，以及枕骨處頭皮腫脹，12月11日腦部核磁共振追蹤檢查顯示雙側慢性硬腦膜下血腫，以及左後枕區點狀出血痕跡..」。108年12月3日病歷記載「左眼瘀傷、左臉頰瘀傷、腹部瘀傷、背部淡色疑似瘀傷痕（有照片存證）」（108年度他字第10446號-甲童中國醫藥大學附設醫院病歷卷第523頁，彩色照片在109年度他字第2836號卷第45

頁）。既然甲童身上有多處新的瘀傷，枕骨處頭皮腫脹，頭部受到某種衝擊。而甲童僅4個月，不會走也不會爬，何以頭部受到某種衝擊導致頭皮腫脹，只有照顧者最有犯罪嫌疑。

2.又被告於偵查中接受測謊鑑定，經測謊人員以「熟悉測試法」檢測其生理反應正常，復以「區域比對法」測試，經採數據分析法比對，鑑定結果認為被告針對「（你有沒有動手【搖晃、丟、拋、摔】造成他【即甲童】頭部的傷）？沒有」、「（關於本案，你有沒有動手【搖晃、丟、拋、摔】造成他【即甲童】頭部的傷？）沒有」之問題，呈不實反應，有中區測謊中心110年3月31日00000000-000-0000-00號鑑定報告書及測謊圖譜附卷可佐(見交查40號卷第11至65頁)，此一鑑定結果亦與被告有於上開時間、地點，猛力搖晃甲童成傷之事實無違。被告所辯只是依日常方式照護小孩云云，無非避重就輕，要無可採。至原審之辯護人雖稱被告於測謊時因受緊張、悲傷或其他原因，而產生情緒波動云云，然苟如此，則該影響因素應普遍及於各問題，然本案測試結果，被告對於所測之問題中，僅對與本案相關之「有沒有動手（搖晃、丟、拋、摔）造成甲童頭部的傷」等問題反應出不同之情緒波動，與辯護人所辯並不相侔，此部份辯詞，自不足為採。

3.鑑定人Ａ０２醫師於本院審理中具結後表示鑑定意見「（辯護人問:甲童住院有無看到頸部的狀況嗎？）甲童到院之後已經變成像是重度腦性麻痺的樣子，不是專門只有頸部，全身肌肉都變成腦障之後的結果。（辯護人問:甲童的病歷有寫到甲童的胸有指印瘀青，那是否可以排除瘀青不是急救造成的？）瘀青的樣式與急救的部位不太一樣，壓歪到那樣程度不會，壓胸會用手是一塊，樣式位置都不同，就算是壓歪會用二、三指或是整個手，樣子也都不一樣，會是一塊，不是像拇指、食指被掐的痕跡，外觀、型態部位都不同，就算非專業人員壓胸的位置也不一樣，會出現的是在心臟或是壓

胸的位置一塊，但與我看到的樣子是不同的，我看到的是小小的像拇指、食指，只有1-0.5或是1-1.5公分在右邊，左邊淡淡的，都是單一、分開的樣子，小小的比較像是拇指、食指壓傷痕跡的大小，與平常叫你壓在胸骨或是心臟的位置是不同的。（辯護人問:是否可以排除是因為119電話指導混亂的過程中，家長因為試圖導致喚醒癱軟的嬰兒，採取非典型的抓或是搖動的方式，導致的傷痕或是瘀青？）他不是今天急救就會造成硬腦膜下出血或是多層次視網膜出血，通常多層次視網膜出血，孩子是被蓄意暴力不斷搖晃或是拋摔造成的，而不是急救造成的結果，所以我說不像，會排除這點。（辯護人:瘀青或是受傷的狀況，是不是可以排除是急救造成的？）目前依據傷勢，可以排除是急救造成的，就像我剛剛所說的，位置、外觀型態不一樣，就算是非專業的人員造成的瘀傷也是不一樣的。」（審理筆錄），已經排除甲童胸前瘀傷是急救所造成的。

4.甲童108年12月2日晚上急診入院，而中國醫藥大學兒童醫院108年12月3日診斷證明書有記載「身體多處瘀傷」(109年度偵字第10279號卷第75頁)。中國醫藥大學兒童醫院108年12月15日出具之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書記載「身體檢查顯示兩側前胸、腹部背部以及下腹部處皆有不同於10月27日入院時的瘀傷（新傷），同時此次瘀傷亦有不同時期顏色的瘀傷，代表不只1次受傷，以甲童僅4個月大不可能自行造成身上有多處瘀傷，眼眶下點狀線狀瘀傷不可能自行揉眼睛造成，左臉頰瘀傷不排除外物撞擊造成，但軀幹胸腹背部的傷勢，右前胸進中線處部分疑似指頭捏傷之瘀傷，並非一般拍打嗝、撫摸或洗澡沐浴抓握等會造成之瘀傷，因此研判為身體虐待所致。」（見偵10279號卷第159至175頁）。所以甲童身體多處瘀傷，是長期遭受家暴所致，但不一定是108年12月2日當晚造成的傷害。

㈩兒童虐待屬於家內暴力犯罪，除經行為人或家戶同住之人托出犯行外，往往因無證人目擊具體過程，亦無相關監視錄影

畫面、施暴器物可供認定，而無法為外人所窺知，非不得綜合全案直接、間接證據及情況證據，據以認定犯罪事實。被告及證人Ａ０６於警詢及偵查中均供稱：○○路之住處只有被告、證人Ａ０６、甲、乙、丙3童居住，又證人Ａ０６白天為甲、乙、丙3童之主要照顧者，被告下班回家後會一起照顧等情（見偵10279號卷第24、36、478至480頁）。衡以甲童於案發時僅為4個多月之嬰兒，身體發育尚未達可自行移動，當無可能自行造成上開傷勢；另乙童與甲童同齡，丙童則為1歲3月餘，乙童、丙童皆顯然不可能猛力搖晃甲童，足認甲童所受之前揭雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液、雙側腦室擴大等傷害，必係與甲童同住及負責照顧其生活起居之被告或Ａ０６所造成。且查：

1.觀諸被告於108年12月3日警詢時供稱：我大約19時30分許回到家，甲童當時是先趴在月亮枕上哭鬧，頭有抬起來。因為要幫3個小孩洗澡，甲童在哭鬧，所以我先抱著她，當時丙童也在哭鬧，我就一邊抱著甲童，一邊安撫丙童，丙童討不到抱，就自己跑到浴室找媽媽，Ａ０６請我幫忙安撫丙童，我就先把甲童放在主臥的床上，然後去抱丙童安撫她，約2至3分鐘我把丙童放下來，再進臥室抱甲童時，她已經沒有哭鬧，抱起來時發現四肢癱軟，叫她都沒有反應，我就趕快叫證人Ａ０６打119求救（見偵10279號卷第21至24頁）。證人Ａ０６則於108年12月3日警詢時供稱：當時我準備要幫3個小孩洗澡，我先生（即被告）回家時，我先叫他去洗手換衣服準備要抱小孩，當時甲童和乙童躺在客廳的遊戲墊上，被告洗完手之後就交給他照顧，我就到浴室準備小孩洗澡的東西，後來丙童醒了哭鬧要找我，當時甲童也跟著哭，丙童跑來浴室要找我，沒多久被告跑來問我要不要把丙童帶走，我說不用，他就再走回臥室要去安撫甲童，我走出浴室時，突然聽到被告叫我打119，說甲童暈過去了，我馬上拿被告的手機打119等語（見偵10279號卷第34頁）；復於109年5月15日偵訊時供稱：甲童白天的狀況算正常，18時許還有跟她拍

照，當天被告約19時許回家，我要去幫小孩洗澡，丙童醒來在房間哭，跑來找我，被告從房間過來問我是否要幫忙，我說可以，就跟丙童在浴室，之後我出來時，被告從房間抱甲童出來，跟我說甲童昏倒要我打救護車，我就趕快打119等語（見偵10279號卷第479頁）。則甲童於108年12月2日白天時之身體狀況並無異樣，迄被告於同日19時許返家，因甲童哭鬧接手照顧安撫後，始有四肢癱軟，意識不清之情，當時證人A06人在浴室內準備小孩沐浴物品，並非證人A06搖晃或虐待甲童，故可排除證人A06施虐。

2.證人A06於同日19時50分許撥打119報案，證人A06將甲童送醫途中，在救護車上與被告通電話時，證人A06先係詢問被告接手照顧甲童後之情況，被告似有提及「搖晃、放」等動作，A06始又詢問：「你慢慢講，再說一次。怎麼搖晃？...怎麼放？」有斯時救護車內之影像截圖及錄音譯文在卷可稽（見偵10279號卷第83至86頁）；於108年12月3日轄區員警前往其住處會勘現場時，被告亦對員警自承有左右搖晃甲童之行為，有員警職務報告之記載可憑（見偵10279卷第19頁）；另被告於偵查中曾供稱：108年12月2日甲童哭鬧時很躁動，當下有直立式抱她，也有橫向搖躺之方式安撫。並表示與證人A06於電話中所陳「搖晃」就是抱著在搖等語（見偵10279號卷第482頁、第510頁），足徵被告確有於108年12月2日19時許返家後，為使甲童停止哭鬧而有搖晃甲童之舉動。再甲童於當日20時11分許，送往中醫大附醫急診救護，於到院前已無呼吸心跳，經檢查受有「雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液、雙側腦室擴大」之傷害，顯見甲童遭被告搖晃之力道非輕。

五、109年1月18日看護事件與後續影響:

㈠甲童108年12月2日20:11送到醫院急救後:

108年12月2日20:14恢復心跳，隨即轉入兒童加護病房進行急救，進行48小時之低溫治療（原審卷第209頁）
於108年12月13日進行開顱手術，並接受硬腦膜積液外引流管手

術，手術名稱記載為「Right external subdural drain」（右側外部硬膜下引流）（手術紀錄見偵字第17705號卷第371頁）
於108年12月18日接受硬腦膜內引流管手術，手術名稱記載為「Right SDE s/p subdural EVD」（右側外部硬膜下引流）（手術紀錄見偵字第17705號卷第373頁），將右腦積水引流到膀胱排出。
109年1月8日因為水腦症，接受左側腦室內引流管手術（手術紀錄見本院前審、中國醫甲童病歷卷㈡第61頁）、109年1月17日轉入普通病房（原審卷第209頁）。
於109年1月18日7時10分前，看護黃○○○因體力不支，而小憩片刻，未發現甲童血氧值發生異常，血氧機因而發出異常聲響高達419秒，致隔壁病房之家屬施佩吟發現上情，而前往護理站通知護理師楊佳欣前來查看。在上述419秒期間記載血液氧氣濃度最低為25%，並無脈搏數之記載。 護理人員抵達，於109年1月18日07:20並查看後，發現甲童血氧濃度40-50%，低於正常值，血壓70/49mmHG在正常範圍，心跳50-60次/分低於正常值，立即給予抽痰及袋瓣罩甦醒球正壓通氣，其後才給予心肺復甦術，急救紀錄顯示急救後昏迷指數為E1V1M1，雙側瞳孔等有光反射（甲童中國病歷卷上第90頁）
109年1月18日經急救後轉入兒童加護病房。
甲童109年1月31日接受左側腦室內引流管移除，及左側腦室外引流管手術，腦部核磁共振檢查顯示「缺氧性腦病變合併雙側腦室擴大」（原審卷第209頁）。
且因長期需呼吸器使用，109年2月13日接受右側腦室內引流管手術及氣切手術，109年3月4日轉入普通病房，於109年3月12日出院（原審卷第209頁）。吳重緯醫師醫囑「109年3月12日出院後仍需使用呼吸器及專人照護」(109年度偵字第17705號卷第209)
109年4月7日又因慢性呼吸衰竭、腦性麻痺前往中醫大兒醫急診

轉入該院加護病房。
109年4月27日轉至板橋國泰醫院接受後續治療，109年4月27日血液報告-血色素不足、淋巴球太高、品質不佳跡象（板橋國泰醫院病歷上第95頁）。
109年4月27日至110年2月20日在板橋國泰醫院接受後續治療（乙種診斷書記載:1.慢性呼吸衰竭合併呼吸器依賴；2.腦性麻痺；3.水腦、經腦室腹腔引流術；4.癲癇；5泌尿道感染；6.敗血症」（112上訴2049遮隱卷一第195頁）。因敗血症轉診到林口長庚醫院。
110年2月20日至110年3月2日住在林口長庚醫院，該段期間林口長庚醫院診斷書係記載「敗血症、呼吸器肺炎相關、神經性膀胱、低血鉀、血小板低下合併凝血功能異常、慢性呼吸衰竭呼吸器依賴、癲癇、腦性麻痺」（110年4月19日林口長庚醫院出具診斷書，見112上訴2049遮隱卷一第209）。
110年3月2日至110年5月21日仍住在板橋國泰醫院，病症如上述板橋國泰醫院乙種診斷書記載（112上訴2049遮隱卷一第197頁），其中一天110年4月19日前往林口長庚醫院回診，經林口長庚醫院診斷有「敗血症、呼吸器相關肺炎相關、神經性膀胱、低血鉀、血小板低下合併凝血功能異常、慢性呼吸衰竭呈呼吸器依賴、癲癇、腦性麻痺」等症狀。（甲童林口長庚醫院110年4月19日診斷證明書記載如上）。
110年6月3日至110年7月1日在住在板橋國泰醫院，病症如上述二次板橋國泰醫院乙種診斷書記載（112上訴2049遮隱卷一第199頁），但其中110年6月30日因敗血症及併發症經抗生素治療，於110年7月1日轉診去林口長庚醫院（112上訴2049遮隱卷一第199頁診斷書記載）。
再於110年7月1日轉到林口長庚醫院急診，只住110年7月1日17:26至110年7月2日，病歷係記載「1.敗血性休克、2.肺炎、3.血小板低下合併凝血功能異常、4.慢性呼吸衰竭呈呼吸器依賴、

5.癲癇、6.腦性麻痺」（死亡時間110年7月2日21時26分）（112上訴2049遮隱卷一第211頁診斷書記載）。
甲童死亡證明書記載，死亡時間：110年7月2日21時26分，直接引起死亡之疾病或傷害：「敗血休克」(110年度偵字第14877號卷63頁)。

㈡甲童108年12月2日入院急救後，曾經被插管維持其呼吸功能（中醫大兒醫108年12月15日之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書記載「目前仍插管接受呼吸治療」等文字），後來戴上呼吸器，又改成氧氣鼻導管後，109年1月17日轉入普通病房。但是109年1月18日發生看護事件後，緊急進行「氣切」手術。甲童從109年1月18日氣切以後，至110年7月2日死亡時，皆未能脫離呼吸器治療，即便是109年3月12日出院返家由祖父母照顧期間，亦全程在家使用呼吸器，為被告所承認，也是前審辯護人辯護中所強調之事實（本院前審卷一第246頁）。

㈢鑑定人ＡＯ２醫師於本院審理中具結後表示鑑定意見「（受命法官問:你是否知道甲童於109年1月18日有發生看護疏失的事件，對甲童引流、氣切？）若他後來沒有辦法自主呼吸，沒有辦法離開呼吸機，出院前都會氣切裝呼吸器，小孩插管是沒有固定器的，是靠膠帶綁在外面，拉就會掉無法呼吸，家裡照顧本來風險就很高，一般像這樣無法離開呼吸器幫忙都會做到氣切，氣切會卡在氣管上不會輕易掉，這是照護的考量。」「（109年3月12日出院醫囑寫到出院後持續用呼吸器、專人照顧，是否有意見？）重度障礙需要專人照顧及呼吸器的幫忙。」「（辯護人問:請提示原審卷147頁，111年2月16日中國醫藥大學函文，甲童是109年1月18日看護疏失事件導致氣切，該函說明甲童術後恢復到『中等腦傷』而不是重度，可自主呼吸的狀況，與你剛剛回答是否不一致？）我是指她最後的狀況，她對我們來講是重度障礙、肢體障礙、呼吸功能，這裡指的『中等』是指他呼吸的功能，但我指的是他整體身心障礙重度的程度。」「（你剛剛講小

孩無法自主呼吸一定要氣切，但甲童本來可以自己呼吸不用氣切，而是因為照顧疏失導致必須氣切，這樣是否影響後續照顧？）有無氣切會有差別，但他中度呼吸程度還是需要專人拍痰、抽痰，還是具有風險，但與重度還是有差別，重度全部都需要氣切幫忙，卡痰風險就會高一點，我沒有辦法給你重度、中度的一個比例，小孩子只要咳痰、拍痰都可能隨時嗆到有狀況，有無氣切都有風險，氣切有一個好處是有一個東西維持住呼吸道，自主呼吸能力要夠好，如果需要專人拍痰，痰多一樣會嗆到，嗆到就沒有呼吸，但氣切就會有一個東西卡在那邊，但依然是有風險度。」（本院審理筆錄）。甲童108年12月2日入院經過急救後，從插管維持呼吸，再變成使用呼吸器維持氧氣，再變成使用氧氣鼻導管維持氧氣，109年1月17日才轉入普通病房，甲童的呼吸功能確實是有一度改善到中等狀態，不再是重度呼吸障礙狀態，Ａ０２醫師說「但他中度呼吸程度還是需要專人拍痰、抽痰，還是具有風險」，並不是甲童109年1月17日已經會自己吐痰，而且甲童是戴著氧氣鼻導管才於109年1月17日轉入普通病房。甲童並沒有恢復到「中等腦傷」之事實，甲童是恢復到有「中等呼吸能力」之事實。

六、被告客觀上能預見，且108年12月2日所為之傷害（劇烈搖晃或甩拋）行為與甲童死亡之結果間，仍有相當因果關係：

㈠按刑法第277條第2項傷害致人於死、致重傷罪，係因犯傷害罪致發生死亡或重傷結果之「加重結果犯」，依同法第17條之規定，以行為人能預見其結果之發生為其要件，所謂能預見，乃指客觀情形而言，與行為人主觀上有無預見之情形不同。若主觀上有預見，而結果之發生又不違背其本意時，則屬故意範圍。故傷害行為足以引起死亡或重傷之結果，如在通常觀念上無預見之可能，或客觀上不能預見，則行為人對於被害人因傷致死或重傷之加重結果，即不能負責。此所稱「客觀不能預見」，係指一般人於事後，以客觀第三人之立場，觀察行為人當時對於加重結果之發生不可能預見而言，

惟既在法律上判斷行為人對加重結果之發生應否負加重之刑責，而非行為人主觀上有無預見之問題，自不限於行為人當時自己之視野，而應以事後第三人客觀立場，觀察行為前後客觀存在之一般情形（如傷害行為造成之傷勢及被害人之行為、身體狀況、他人之行為、當時環境及其他事故等外在條件），基於法律規範保障法益，課以行為人加重刑責之宗旨，綜合判斷之。申言之，傷害行為對加重結果（死亡或重傷）造成之危險，如在具體個案上，基於自然科學之基礎，依一般生活經驗法則，其危險已達相當之程度，且與個別外在條件具有結合之必然性，客觀上已足以造成加重結果之發生，在刑法評價上有課以加重刑責之必要性，以充分保護人之身體、健康及生命法益。即傷害行為與該外在條件，事後以客觀立場一體觀察，對於加重結果之發生已具有相當性及必然性，而非偶發事故，須加以刑事處罰，始能落實法益之保障，則該加重結果之發生，客觀上自非無預見可能性(最高法院102年度台上字第2029號判決意旨參照)。又所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係。結果之發生如出於偶然，固不能將結果歸咎於危險行為，但若行為與結果間具有常態關聯性，而未產生重大因果偏離時，行為人自應負責。而客觀審查「行為與結果之常態關聯性」之標準，係以一般具備通常理性與謹慎之人，在行為當時所處情境所得認識之事實為因果判斷之對象，但如果行為人具備特殊認知，即便不是一般人所能預見，亦應予納入判斷（即學理上所指之折衷相當因果關係）。亦即於被害人受傷後因病身亡，應客觀審查其病是否為因傷引起，審查結果

如認係因傷致病，且因病致死，彼此間具有常態關聯性之連鎖關係者，即應認受傷與死亡間具有相當因果關係，倘被害人因傷致病，難以或無法治療，進而每況愈下，所受之傷對死亡之結果有影響，雖非為死亡之唯一原因，其傷害與被害人死亡間即難認具有重大因果偏離，亦無礙前述連鎖關係即相當因果關係之認定（最高法院112年度台上字第4587號判決要旨參照）。

㈡本案案發時甲童為出生僅4個多月之嬰兒，頭頸腦部甚為脆弱，如大力搖晃、甩動其頭部，可能使甲童頭部因承受突然加速及突然減速的巨大外力而導致顱內出血，造成腦部機能受損衍生難以回復之傷害甚而發生死亡之結果，此為公眾所周知之常識，一般人客觀上均可得預見，被告為具有一般智識之成年人，且已有養育丙童之經驗，對於上情自難諉為不知。又甲童於108年12月2日遭被告猛力搖晃，致受有雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液、雙側腦室擴大之傷害。證人Ａ０６19時50分20秒撥打119報案，當時Ａ０６在對話譯文中就說聽不到甲童的呼吸，僅有微弱心跳。119人員在電話中指導Ａ０６進行CPR急救。又急診病歷記載「When they were waiting for 119. She had no heart beat.After CPR on the ambulance and emergency department. She had returen of spontaneous circulation」「EMT人員到達現場已無自發性呼吸心跳 ，on AED，持續CPR至本院急診求治」（108年度他字第10446號-中醫大附醫病歷影本第21、67頁）。19時58分上救護車（19時58分43秒救護車內之監視錄影畫面可證），於同日20時11分許到達中醫大兒醫急診，20時14分始恢復呼吸心跳等情，以上有病歷為證。證人Ａ０６在等待119救護車到達前，甲童就已經沒有心跳，119救護人員接手時也確認甲童已經沒有心跳。如果保守計算，從119救護人員接手之19時58分起算到20時14分恢復心跳，停止心跳達16分鐘（約960秒）。沒有心跳就沒有呼吸，無法正常的供應全身器官氧氣。但證人Ａ０６及醫療

人員有給予心臟按壓或心肺復甦術，可以給予些微的氧氣供應，但低血氧狀態仍會傷害腦部組織，就像109年1月18日低血氧419秒事件被指稱傷害甲童腦部一樣，前面960秒低血氧事件，腦部處於缺氧狀態，腦組織勢必受損，也是不爭之事實。

㈢109年1月18日7時10分發生看護照顧疏失，發生急性缺氧，心跳停止，血氧濃度降至25%、時間長達419秒。109年1月18日07:20檢測血氧濃度提高至40-50%（甲童中國病歷卷上第90頁），這件看護疏失的低血氧419秒，遠遠比不上先前長達16分鐘（約960秒）低血氧事件。看護事件縱然加重甲童的腦傷，傷害範圍也不會超過先前被告所致的傷害。

㈣甲童108年12月2日所受腦傷事件，中醫大兒醫108年12月15日完成「受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書」(109年度他字第5515號卷第35頁），記載「甲童抽搐發作多次，目前仍以抗癲癇藥物控制中，12月11日腦波檢查顯示嚴重腦部皮質功能障礙，目前對刺激僅有少量肢體反應，自主性動作甚少，目前仍插管接受呼吸治療但有自主性呼吸，無自主性張眼」。甲童既然沒有醒過來，眼睛沒有張開，身體會不明原因抽搐，醫院給予抗癲癇藥物控制，腦波檢查已經發現受傷情形。因為呼吸不順，109年1月11日至109年1月13日、使用經鼻式持續正壓呼吸器（112上訴2049遮隱卷一第251頁），就是氧氣罩罩住鼻與口，持續給予正壓氧氣。109年1月13日雖成功脫離呼吸器（甲童中國病歷卷第524頁），但甲童的呼吸並非恢復到正常人狀態，在109年1月17日15:30護理紀錄記載，建議轉到一般病房「病童因手術後目前均無呼吸器使用，已均無發生呼吸暫時停止即心搏過慢情形，目前氧氣鼻導管使用，血氧均可維持在98-100%，經主治醫師評估後可轉至一般病房（甲童病歷卷第243頁），甲童鼻子下仍掛著一條氧氣鼻導管（就是一條氧氣管上有兩個突出的出氣孔，掛在人中位置，強制往鼻腔內輸入氧氣中），才能維持血氧濃度98-100%，如果拆掉氧氣鼻導管，根本不能保證甲

童會自主呼吸。就像109年1月18日看護一時疏失，甲童血氧濃度瞬間掉到25%，持續419秒，導致甲童腦傷病情加重一樣，醫院只好109年1月18日緊急進行氣切，喉嚨部分對外接了一個開口，以保證氣管暢通，甲童能夠持續呼吸。

㈤甲童於109年1月17日之病程紀錄可見「甲童仍有口水吞嚥困難及肢體張力及僵硬等神經功能異常，且需使用抗癲癇藥物控制癲癇發作。同日護理紀錄顯示甲童意識呆滯及譫妄，昏迷指數最高E4V2M2，雙側瞳孔等大有光反射，四肢肌力皆為3分」（見偵10279卷第420頁），可見甲童因為持續昏迷中，意識沒有清醒過，連吞嚥口水的動作都有困難，當然也不可能會自行吐痰。況且甲童當時僅4個月，重度昏迷中，故整天都躺在床上，不可能起身吐痰，也不能主動側身吐痰，萬一痰液堵住氣管將造成窒息，需要看護隨時注意，定期拍痰與抽痰。甲童縱然109年1月17日15:30從加護病房轉入至普通病房，甲童病情仍處在危險邊緣，並不是已經恢復健康才轉入普通病房的，可能隨時因病情變化而需要再度轉回加護病房。是109年1月18日看護事件之低血氧之急救，並不足以中斷被告傷害行為與甲童傷害結果之因果關係。

㈥甲童因被告傷害行為受有前述腦傷，終因腦傷導致無法自主呼吸而長期臥床及使用呼吸器致敗血症死亡，被告之傷害行為與甲童之死亡結果間，具有相當因果關係，當堪認定。

七、按加重結果犯，係以行為人能預見該加重結果之發生為要件，而所謂能預見則係指客觀情形而言，與主觀上有無預見之情形不同，若主觀上有預見，而結果之發生又不違背其本意時，則屬間接故意範圍；是以，加重結果犯對於加重結果之發生，主觀上並無犯意，祇是於客觀情形下，能預見該加重結果發生時，依刑法因犯罪致發生一定結果之規定加重其刑（最高法院107年度台上字第2621號、96年度台上字第270號判決意旨參照）；復按刑法第277條第2項前段規定之傷害致人於死罪，係對於犯普通傷害罪致發生死亡結果所規定之加重結果犯，參酌同法第17條規定，以行為人所實施之普通

傷害行為，乃「客觀上能預見」可能發生超越其犯意所生之較重結果即重傷結果，但行為人「主觀上不預見」者為要件；即加重結果犯係以該行為人對於其行為所生，「客觀上有預見可能」之加重之結果，但行為人事實上因當時之疏忽致「未預見」為要件（最高法院96年度台上字第6924號判決意旨參照）。查被告係智慮正常之成年人，且案發當時已育有1歲多之丙童，具有照顧嬰兒之經驗，理應知悉甲童當時僅4個月大，頭、頸部肌肉尚未發育成熟，若遭猛烈搖晃或甩拋，將因頸部無足夠支撐力導致頭、腦部因此剪力受傷，卻仍對施以劇烈搖晃或拋甩外力，使甲童頭部受到某種外力，此舉顯然並非正常之照護行為，其主觀上自有傷害之犯意，客觀上自屬故意之傷害行為，至為明確。惟本案無任何積極證據足認被告主觀上有置甲童於死之故意，且其於發現甲童有異後，隨即囑證人A06呼叫119將甲童送醫，主觀上應不至於在為上開傷害行為時即有致甲童死亡之故意。惟被告客觀上當能預見猛力搖晃甲童，產生之傷害可能導致其死亡，竟仍猛力搖晃甲童，是被告出於傷害之故意，致生客觀上能預見之死亡結果，且被告所為傷害行為與甲童之死亡，有相當因果關係，其就傷害甲童致其發生死亡之加重結果。自應負其責任。被告及辯護人前開沒有搖晃、傷害甲童之辯解，當係卸責之詞，無以為採。

八、最高法院發回意旨部分:

㈠最高法院發回意旨稱「關於109年1月18日當時之血氧機數據（長達419秒缺氧，至最低血氧濃度25%）是否可信？如不可信，甲童因急性缺氧或低血氧而進行急救之原因為何？如係甲童病程之自然發展，倘及時發現救治，是否仍能避免病情惡化？黃○○○之照護過程，又有無疏失（起訴書犯罪事實記載：黃○○○當時因體力不支小憩片刻，未及時發現血氧機血氧值異常，而係其他病患家屬聽見血氧機警示聲響，始通知護理師前來處理）等各項疑點，仍然不明。上訴人就109年1月18日低血氧事件在客觀上如不能預見且不能控制，

對於甲童死亡之結果，是否仍具有可歸責性？」，經查:

1.109年1月18日上午因發生看護工黃○○○照顧疏失案件，110年1月3日經Ａ０６與鄭○銘提出刑事告訴(109年度偵字第17705號卷第191頁），110年6月29日偵查終結起訴。後因111年6月30日黃○○○已與甲童之父母成立調解，賠償新臺幣36萬元，並據（告訴人）甲童之父母具狀撤回告訴，111年8月16日經臺灣臺中地方法院110年度訴字第1399號刑事判決「公訴不受理」。雖然看護工黃○○○照顧疏失案件沒有經過刑事司法之實體判決，但為被告鄭○銘有利推定，應認定確實有看護工黃○○○有109年1月18日上午照顧疏失之事實。但甲童於109年1月18日血氧濃度25%達419秒，也沒有超過甲童108年12月2日心跳停止、低血氧960秒之程度。看護疏失事件對甲童的傷害，遠遠沒有第一次傷害來得嚴重。

2.中醫大兒醫108年12月15日出具之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書(109年度他字第5515號卷第35頁）就記載「12月13日進行開顱手術，引流硬腦膜下腔血腫和積液，入院後甲童抽搐發作多次，目前仍以抗癲癇藥物控制中，12月11日腦波檢查顯示嚴重腦部皮質功能障礙，...急救後復甦之原因為受虐性頭部創傷。由於入院時甲童之電腦斷層檢查僅顯示大腦鐮處少量硬腦膜下腔出血..」，在發生看護疏失案件之前，甲童一直昏迷中，且被發現有抽搐發作多次，需以抗癲癇藥物控制，腦部檢查發現嚴重腦部皮質功能障礙。109年1月8日因為水腦症，接受左側腦室內引流管手術。所以這不是因為看護疏失事件才有「缺氧性腦病變、腦性麻痺、癲癇、水腦症等症狀」，被告108年12月2日虐待行為，與甲童「缺氧性腦病變、腦性麻痺、癲癇、水腦等症狀」之因果關係，已可證明，也沒有發生因果關係中斷情形。

㈡最高法院發回意旨稱「對照甲童於109年1月18日因急性缺氧急救前、後之診斷證明書記載，甲童於109年1月13日經診斷為雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液及雙側腦室擴大；然甲童於109年3月12日出院時，除上述疾病

外，則新增『缺氧性腦病變及慢性呼吸衰竭』2項病名。依中醫大附醫上開2份函文之意見，甲童之缺氧性腦病變，其主因似源於109年1月18日低血氧事件...」。最高法院似指甲童之『缺氧性腦病變』是因為109年1月18日低血氧419秒事件所引起。在中醫大附醫院109年11月3日已函覆回答檢察官問題時，確實寫著「缺氧性腦病變主因於109年1月18日血氧過低」（偵字第17705號偵卷第179頁）。然查:

1.但是甲童在被搶救恢復心跳之前，累計停止心跳16分鐘以上，雖然有給予CPR心肺復甦術，但血中氧氣濃度無法達到正常程度。所謂「缺氧性腦病變」並不是因為109年1月18日看護疏失才有第一次缺氧的。108年12月2日被告虐兒事件後，甲童腦部受創，一直昏迷不醒，急診病歷記載108年12月2日、108年12月3日、108年12月4日、108年12月5日、108年12月6日、108年12月7日都是「E1V1M1」即「睜眼無反應、言語無反應、運動無反應」（偵字第17705號卷第237-244頁急診病歷)，已經是最差的情況。甲童中國醫藥大學兒童醫院109年1月13日診斷證明書記載「到院前心跳停止、身體多處瘀傷、雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬腦膜下積液、雙側腦室擴大」(109年度偵字第17705號卷第207頁)，甲童本來就受到腦傷。108年12月8日、108年12月9日、108年12月10日、108年12月11日、108年12月12日、108年12月13日提升至「E1V1M4」即「睜眼無反應、言語無反應、對疼痛刺激有退縮反應」。108年12月15日、108年12月16日提升至「E2V1M4」即「只有受到疼痛刺激才會睜開眼睛、言語無反應、對疼痛刺激有退縮反應」。108年12月17日提升至「E2V2M4」即「只有受到疼痛刺激才會睜開眼睛、無法發出可分辨的聲音或呻吟、對疼痛刺激有退縮反應」。108年12月18日又惡化為「E1V1M1」，108年12月19日、108年12月20日、108年12月21日、108年12月22日為「E2V1M2」即「只有受到疼痛刺激才會睜開眼睛、言語無反應、對疼痛刺激只能出現手臂僵直等原始姿勢。」。108年12月23日

「陳傑賀醫師表示腦部超音波檢查結果為:輕微水腦」。108年12月23日檢查為「E4V1M2」。108年12月24日檢查為「E2V1M2」，108年12月25日、108年12月26日檢查為「E4V1M2」，108年12月27日檢查為「E2V1M2」，108年12月28日、108年12月29日檢查為「E4V1M2」。108年12月30日檢查為「E1V1M2」情況又惡化，108年12月31日更惡化為「E1V1M1」。109年1月1日、109年1月2日、109年1月3日、109年1月4日、109年1月5日、109年1月6日、109年1月7日檢查為「E2V1M2」。109年1月8日惡化為「E1V1M1」。109年1月9日提升為「E4V1M2」、109年1月10日、109年1月11日、109年1月12日、109年1月13日、109年1月14日、109年1月15日、109年1月16日提升為「E4V2M2」。在109年1月17日17:19轉入普通病房後，恢復到「E3V2M3」即「對聲音刺激會睜開眼，但不是自發性睜眼；無法說出有意義的語句，只會呻吟或發出無意義的聲音；對疼痛刺激只會出現完全伸直、僵硬的動作」，醫學上3至8分同樣處於「重度昏迷」範圍（偵字第17705號卷第245-頁急診病歷），甲童仍然沒有醒來。

2.依據哥拉斯昏迷量表，總分3-8分是重度昏迷、9-12是中度昏迷、13-14分是輕度意識障礙。甲童從108年12月2日案發以來，就一直是昏迷狀態，一開始就是最嚴重的3分，依據各醫院病歷記載，最好的紀錄是109年4月8日有「E4V1M6」11分紀錄，仍達中度昏迷程度 （偵字第17705號偵卷第361頁）。甲童自案發以來，沒有哪一刻是清醒的，不清醒就是因為腦部受創，只是前面108年12月2日至109年1月17日著重在以外科手術救治其腦部，沒有急著下定論他已經「缺氧性腦病變」。此見中醫大兒醫108年12月15日出具之受理疑似兒少保護事件綜合評估報告書記載「入院後12月5日電腦斷層追蹤檢查報告顯示少量雙側硬膜下腔血腫，以及枕骨處頭皮腫脹，12月11日腦部核磁共振追蹤檢查顯示雙側慢性硬腦膜下血腫，以及左後枕區點狀出血痕跡，12月13日進行開顱手術，引流硬腦膜下腔血腫和積液，入院後甲童抽搐發作多

次，目前仍以抗癲癇藥物控制中，12月11日腦波檢查顯示嚴重腦部皮質功能障礙，目前對刺激僅有少量肢體反應，自主性動作甚少，..無自主性張眼，肌張力反射大致正常，現仍於加護病房救治中。」(109年度他字第5515號卷第35頁）。

3.鑑定人Ａ０２醫師於本院審理中具結後表示「（本案甲童出院前，有無經過電腦斷層確認缺氧導致腦部哪裡受損？）2月11日的核磁共振，還是以他兩側慢性硬腦膜出血還有整側出血為準，他的缺氧缺血腦病變沒有很顯著，但外觀上已經有缺氧缺血病變的樣子，就像腦性麻痺缺氧缺血的變化，這個孩子出院前因為做過兩次影像...因為從外觀上肢體動作、眼神反應可以看出腦有受傷。腦出血及缺氧缺血腦病變，都是做腦部的核磁共振或電腦斷層，是在裡面我們沒有看到明顯的缺氧缺血腦病變，核磁共振是事發9天並沒有很顯著，如果三月出院再做可能可以看得到，但後續沒有再做，因為檢查要震動要挪出去有風險性。」（審理筆錄）。中國醫藥大學診斷書沒有急著給甲童下「缺氧性腦病變」定論，是要到外科手術都清除血腫和積液後，再來仔細觀察下結論，但是甲童從急診入院後就觀察她「外觀上肢體動作、眼神反應」，就可以看出腦有受傷。

㈢最高法院發回意旨稱「換言之，甲童108年12月2日傷害事件所受之雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液及雙側腦室擴大等傷害，是否為甲童死亡之『獨立』原因？縱甲童所受上述108年12月2日之傷害，與109年1月18日低血氧事件，『共同結合』為甲童死亡之累積條件或原因，然甲童既經治療而於109年1月17日『恢復至中度腦傷、能自主呼吸、咳痰之程度』；後因109年1月18日低血氧事件介入，病情因而加重，終至死亡，又能否謂甲童死亡之結果，與其所受上述108年12月2日傷害事件之因果歷程間，並未發生重大之偏離，而仍具有常態關聯性？」，然查:

1.Ａ０６108年12月2日19時50分20秒撥打119叫救護車，急診病歷記載「When they were waiting for 119. She had no h

eart beat.After CPR on the ambulance and emergency department. She had returen of spontaneous circulation」「EMT人員到達現場已無自發性呼吸心跳，on AED，持續CPR至本院急診求治」（108年度他字第10446號-中醫大附醫病歷影本第21、67頁）。119救護人員接手甲童時，確認甲童已經沒有心跳，開始執行心肺復甦術。甲童在20時11分到達醫院之前早已心跳停止，沒有心跳就沒有呼吸，雖然已CPR心肺復甦強制灌入氧氣，但心跳停止長達16分鐘以上，造成低血氧的時間狀態，遠超過後來看護事件419秒。在看護事件發生前，甲童所受「雙側視網膜出血、頂葉硬腦膜下出血、雙側硬膜下積液及雙側腦室擴大」等傷害，這是一般腦部受創常見病徵，顱內出血壓迫腦組織，所以需要開顱引流以減少腦部壓力，這種顱內受創經救治後經不一定會死，但最嚴重的還是甲童心跳停止16分鐘，造成部分不可逆的傷害，甲童從此昏迷沒有醒來過。中醫大附醫院111年2月16日院醫事字第1110001164號函「（略)病人之缺氧性腦病變起因於腦部創傷造成到院前心跳停止，後於病房因呼吸道梗塞又加重其嚴重程度」「缺氧性腦病變起因於腦部的氧氣不足所產生的迷滿慢性腦部損傷，常見原因有:（三）腦部外傷，血氧濃度持續低於60%超過4-6分鐘以上即會對腦部造成損傷」(原審卷第147-148頁)。甲童心跳停止16分鐘，沒有足夠氧氣濃度供應腦部組織，腦部組織早就受到嚴重傷害，遠超過上述提示4-6分鐘會對腦部造成傷害之標準。

2.全部病歷上都沒有記載「109年1月17日恢復至中度腦傷」之事，只有甲童的呼吸功能改善，恢復到「中度呼吸功能」之程度，此經鑑定人ＡＯ２醫師於本院中說明明確。但甲童在109年1月17日轉入普通病房之前，其呼吸功能並未恢復至正常程度，仍然依賴呼吸輔助工具，所以109年1月17日15時30分護理紀錄記載「目前氧氣鼻導管使用，血氧均可維持在98-100%，經主治醫師評估後可轉至一般病房」（甲童病歷卷第243頁），當時還有一條氧氣管掛在甲童人中位置，有兩

個突出的輸氣孔朝甲童鼻腔內強制灌入氧氣，甲童就是強烈依賴這些呼吸設備，才會有109年1月18日不明原因低血氧濃度降到25%長達419秒之事件發生。

3.又甲童轉出加護病房之前，109年1月17日之病程紀錄可見「甲童仍有口水吞嚥困難及肢體張力及僵硬等神經功能異常」記載，甲童一直昏迷中，甲童年齡只有四個月，一般健康的嬰兒四個月時，也都還不會爬，不會坐起來（閩南語俗語說「七坐八爬」），更何況是她是重度昏迷中的狀況，當然不會吐痰。既然自主吞嚥口水困難，她也不會坐起來咳痰，她只是喉嚨對痰敏感會咳，「所以仍須專人定時拍痰與抽痰」，可參見中醫大附醫111年2月16日院醫事字第1110001164號函如此記載（原審卷第147頁）。109年1月18日當日照顧甲童的護理師（證人）楊佳欣，於偵查中證稱「本案病童（甲童）需要24小時看護。因為甲童需要拍痰，需要吹蒸氣吹藥，是每四個小時做一次，我（109年1月18日）凌晨5-6點還去病房看過一次」（17705號偵查卷第149頁）。四個月的嬰兒本來就不會自己吐痰，所以需要照顧者給予拍痰、姿勢引流等方式幫助排痰，父母無法給嬰兒排痰時，就帶去小兒科診所用機器吸痰，小兒科還有蒸氣化痰設備，給小孩吹蒸氣化痰，養過小孩的父母都知道給嬰兒拍痰、吸鼻涕之辛苦。如果是要像大人一樣，站著「咳」一下把喉嚨裡的痰往上帶，帶到口腔裡再把痰吐掉，那要到學齡前或者更大一些，才能從大人的動作中學到這種技巧。這個四個月的嬰兒，如果要像大人站著「咳」一下把喉嚨裡的痰引上口腔，再站著吐掉痰，這當然是不可能的。

4.109年1月17日15:30轉入普通病房時「仍使用氧氣鼻導管，使血氧維持在98-100%」（甲童病例卷第420頁）。鑑定人Ａ０２醫師於偵查中就證稱「甲童不可能復原成一般人，而且無法行走，一般沒有辦法活到成年，容易因呼吸道或其他感染就離開人世」等語（見偵10279號卷第495至500頁），以109年1月17日甲童的腦傷程度，一般沒有辦法活到成年，所

以108年12月2日被告虐兒事件，當然是甲童致死的獨立原因。

5.109年1月18日發生看護疏失事件後，109年1月18日07時20分急救病歷上記載甲童又惡化為「E1V1M1」即「睜眼無反應、言語無反應、運動無反應」最差狀況（偵字第17705號卷第203頁急診病歷）。但甲童無論從「E1V1M1」3分到「E3V2M3」8分，醫學上都是重度昏迷範圍。其實甲童從108年12月2日虐兒事件後，直到110年7月2日死亡之前，都沒有清醒過來。因為人活著就是要動，人要運動加速心跳，加快呼吸帶進更多氧氣，促進全身血液循環，才能維持血液品質。一個不會動的人，長期臥床，健康情況只有持續向下，血液品質持續下降，引發併發症死亡。常見一般老人長期臥床的後果，就是身上長褥瘡，細菌感染，傷口不會痊癒，最終導致多種併發症而死亡。

6.鑑定人Ａ０２醫師於本院審理中具結後表示「（甲童到院已經沒有呼吸、心跳，而你們必須要給他插管否則無法呼吸？）是的，我們是從嘴巴插管到氣管的位置。」「（到院前心跳停止沒有氧氣供應，沒有氧氣供應到院前腦袋已經受傷，是否可以判斷甲童到院前腦部已經受傷到什麼程度了？）會急救一定會有缺氧、缺血腦病變出現，到院一開始的電腦斷層還沒有辦法看到缺氧缺血的病變，時間點太短，腦部來不及反應，缺氧缺血病變沒有那麼明顯，那時看到的是『出血』，出血不是缺氧缺血腦病變，因為位置不一樣，出血是在腦實質外面的硬腦膜下，缺血是腦實質的缺氧缺血病變，在核磁共振、電腦斷層看到的都不一樣。」「（一般來說腦部組織受損，會對人生有什麼影響？）如果受損嚴重，如果沒有醒來，眼睛沒有張開，是重度障礙，如果呼吸沒有辦法自主，肢體僵硬或是沒有辦法自行進行，都是重度障礙的程度。」「（甲童108年12月2日入院急救判斷有腦傷，到他離院，都沒有變好嗎？）是的。（你於偵查中表示以她當時的腦傷活不到成年？）沒錯，重度障礙、呼吸器使

用、鼻胃管餵食，重度的孩子照顧上有一定的風險，死亡率高，存活率低，只要卡痰或有狀況就會走，且因為孩子重度障礙，咳痰能力不好，卡痰沒有氧氣，可能吸入性肺炎或是嗆到就會死，鼻胃管餵食嗆到的機會稍微高，照顧上這樣的孩子壽命比一般正常的孩子要短很多。（也有可能精心照顧下，什麼意外都沒有發生？）也有可能照顧品質很好，但即使是這樣20-30年就是極限，長期臥床有很多感染的風險，假設老年人長期臥床死亡風險也是高的，不活動就有泌尿道感染、褥瘡，長期臥床的人不動，免疫、復原能力都會比較差。（甲童後來死於敗血症，這個因果關係會很奇怪嗎？）應該說這是可預期的風險度，這樣的孩子常常死於吸入性肺炎或是感染，敗血症死亡我並不會覺得意外。（甲童於110年7月2日死亡，距離入院到死亡有一年多，這個因果關係是延續的嗎？）是的，如果今天沒有這個事件，死亡率或是風險沒有這麼高，長期臥床敗血症的風險是高的，只是這個時間是很難說的，一兩年內這個機率是存在的。（受命法官問:甲童急救後4、5個月後，109年4月27日國泰醫院有診斷甲童的血液品質不好，這個不意外嗎？）不會意外，感染風險高，臥床靠鼻胃管餵食，營養狀況會不好，會貧血，白血球高可能都跟潛在的感染有關。」「（也有人照顧到8年都不會死亡？）這跟照顧的品質有很大的關連，兒童的照顧難度高於成年人、老人很多，（兒童）痰很多不會咳，卡痰，鼻胃管餵食逆流，會增加吸入性肺炎的風險，皮膚比較薄，細菌性感染的風險也比成年人高。」（審理筆錄）。甲童從急診入院開始起，到發生死亡結果為止，甲童從來沒有清醒過，甲童一直昏迷中，只是在109年1月17日轉入普通病房前呼吸功能有稍微恢復（中等呼吸功能），但是因為嚴重腦傷，長期臥床且只能靠鼻胃管餵食，營養不好，血液品質下降、免疫力差，感染機率高，引發併發症。鑑定人清楚說明以甲童的腦傷，她活不到成年。而且從甲童急診入院到死亡，這中間一年多的過程，因果關係是延續的。

㈣最高法院指摘「上訴人就109年1月18日低血氧事件在客觀上如不能預見且不能控制，對於甲童死亡之結果，是否仍具有可歸責性？即非全無斟酌之餘地。」，然甲童急診回復心跳之前，早已經停止心跳呼吸16分鐘，低血氧所造成的腦傷，腦部超音波檢查有「水腦」跡象，昏迷指數始終在「嚴重昏迷」之程度，遠遠超過後來發生419秒低血氧事件的影響範圍。甲童死亡原因雖記載為「敗血症」，但敗血症是長期臥床的後果，甲童會長期臥床仍起因於108年12月2日虐兒事件導致心跳停止16分鐘，造成不可逆的腦傷。被告就甲童死亡之結果，仍有可歸責性，已臻明確。故109年1月18日看護事件，並未中斷108年12月2日傷害事件與死亡結果之因果關係。

參、罪名、處斷刑:

一、罪名:

㈠家庭暴力防治法所稱家庭暴力者，謂家庭成員間實施身體、精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為；又所稱家庭暴力罪者，謂家庭成員間故意實施家庭暴力行為而成立其他法律所規定之犯罪，家庭暴力防治法第2條第1款、第2款分別定有明文。本案被告為甲童之生父乙節，有戶籍謄本在卷可查，彼此間均屬家庭暴力防治法第3條第3款規定之家庭成員關係。故被告對甲童分別為前揭犯行，皆屬家庭暴力防治法第2條第2款所規定之家庭暴力罪，惟因家庭暴力防治法對於家庭暴力罪並無科處刑罰之規定，仍應依刑法規定予以論罪科刑。

㈡成年人教唆、幫助或利用兒童及少年犯罪或與之共同實施犯罪或故意對其犯罪者，加重其刑至二分之一，兒童及少年福利與權益保障法第112條第1項前段定有明文。被告行為時為成年人，而被害人甲童為000年0月間出生，案發時僅四個月的嬰兒。是核被告所為，係犯兒童及少年福利與權益保障法第112條第1項前段、刑法第277條第2項前段之成年人故意對兒童犯傷害致人於死罪。

㈢檢察官110年6月29日完成起訴書時，甲童尚未死亡，但甲童嗣後發生死亡之結果，且與被告本案之傷害行為有因果關係，業如前述，是起訴書認被告就犯罪事實一㈠部分僅係涉犯刑法第277條第2項後段之傷害致重傷罪，容有未洽，惟因二者社會基本事實同一，且經原審及本院歷次審理時均當庭告知所涉法條，無礙被告防禦權之行使，爰依刑事訴訟法第300條變更起訴法條。

二、處斷刑（有無刑之加重減輕）：

㈠被告就所犯成年人故意對兒童犯傷害致人於死，除法定本刑無期徒刑部分依法不得加重外，其餘皆應依兒童及少年福利與權益保障法第112條第1項前段規定，加重其刑。

㈡刑法第59條之酌量減輕其刑，必須犯罪另有特殊之原因與環境，在客觀上足以引起一般同情，認即使予以宣告法定最低度刑，猶嫌過重者，始有其適用。刑法第59條所謂「犯罪情狀」與刑法第57條所謂「一切情狀」，並非截然不同之領域，於裁判上審酌是否酌減其刑時，固應就犯罪一切情狀（包含刑法第57條列舉之事項），予以全盤考量。查被告之前開故意行為固然造成甲童腦傷，並也無法自主呼吸，長期臥床，終至引發敗血症死亡，已見前述。但看護疏失事件後，發現甲童自發呼吸能力更降低，且四肢肌力皆較低血氧事件發生前低下（四肢肌力3分降至1分，見偵10279卷第420、423至424頁之護理紀錄），雖然該次事件雖未中斷被告行為與甲童死亡結果間之相當因果關係，然極可能加速甲童死亡。而傷害致人於死罪之法定刑係「無期徒刑或7年以上有期徒刑」最低刑度不可謂不重，經綜合審酌上揭情狀（包含刑法第57條列舉之事項），即便量處加重後之最低刑度，仍稍嫌過重，足以引起一般人之同情或憫恕，爰就被告所犯傷害甲童致死罪部分，依刑法第59條規定，酌減其刑，並依法先加後減之。

肆、撤銷改判部分之理由及量刑審酌:

一、原審審理後，以被告犯成年人故意對兒童犯傷害致死罪事證

明確而予以論罪科刑，固非無見。惟查，原審未詳加審酌前揭黃○○○之過失行為可能加重甲童腦傷，加速甲童死亡之結果，而漏未斟酌被告此部分有刑法第59條規定酌量減輕其刑之適用，容有未洽，被告上訴猶否認犯行，雖無理由，然原判決既有前揭可議之處，已屬無可維持，自應由本院就被告所犯成年人故意對兒童犯傷害致死罪部分，予以撤銷改判。

二、爰以行為人之責任為基礎，審酌被告身為甲童之生父，本應悉心照護幼女長大，善盡養育之責，然於被告為本案傷害行為時，甲童僅四個月餘，還躺在搖籃裡嗷嗷待哺，全無反抗能力，被告僅因情緒控管不佳，施力劇烈搖晃甲童，致其受有上開腦傷，甲童更因長期昏迷不醒，長期臥床，必須鼻胃管灌食，營養不佳，且抵抗力逐漸下降，血液品質下降，因而感染敗血症發生死亡之結果，同時造成Ａ０６及甲童之祖父母、外祖父母等人心靈受有極大創傷，所生損害鉅大，又被告犯後雖積極配合社政之家庭處遇和親職教育（見原審卷第227頁、證物袋），然否認犯行，就其犯後態度無從為有利之考量，再衡以被告自陳之學歷、職業、家庭生活及經濟狀況（見原審卷第270頁）、告訴人臺中市政府社會局、被害人家屬Ａ０６等之意見一切情狀，改量處如主文第2項所示之刑。

據上論結，應依刑事訴訟法第369條第1項前段、第364條、第299條第1項前段、第300條，判決如主文。

本案經檢察官楊凱婷提起公訴，檢察官Ａ０４到庭執行職務。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　3　　月　　25　　日

刑事第二庭　審判長法　官　陳慧珊

法　官　李進清

法　官　葉明松

以上正本證明與原本無異。

如不服本判決應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，其未敘述上訴之理由者，並得於提起上訴後20日內向本院補提理由書

（均須按他造當事人之人數附繕本）「切勿逕送上級法院」。

書記官　洪宛渝

中　　華　　民　　國　　115　　年　　3　　月　　25　　日

附錄本案論罪科刑法條

兒童及少年福利與權益保障法第112條

成年人教唆、幫助或利用兒童及少年犯罪或與之共同實施犯罪或故意對其犯罪者，加重其刑至二分之一。但各該罪就被害人係兒童及少年已定有特別處罰規定者，從其規定。

對於兒童及少年犯罪者，主管機關得獨立告訴。

中華民國刑法第277條

傷害人之身體或健康者，處5年以下有期徒刑、拘役或50萬元以下罰金。

犯前項之罪，因而致人於死者，處無期徒刑或7年以上有期徒刑；致重傷者，處3年以上10年以下有期徒刑。