

臺灣高等法院臺中分院民事判決

111年度醫上字第5號

上訴人 張嘉宗

張嘉珉

張育瑞

張豐林

共 同

訴訟代理人 林宜慶律師

複代理人 王苡斯律師

被上訴人 澄清綜合醫院中港分院

法定代理人 林高德

被上訴人 賴重佑

陳勝庸

共 同

訴訟代理人 林錦隆律師

複代理人 周美瑩律師

被上訴人 張松岳

上列當事人間損害賠償事件，上訴人對於中華民國111年7月8日臺灣臺中地方法院109年度醫字第5號第一審判決提起上訴，本院於113年8月21日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原判決主文第五項關於駁回己○○後開第二項之訴部分，及該部分假執行聲請，暨訴訟費用之裁判廢棄。

上開廢棄部分，丙○○應再給付上訴人己○○新臺幣4萬4,552元，及自民國108年11月12日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。

其餘上訴駁回。

01 第一審、第二審訴訟費用由被上訴人丙○○負擔10分之3，餘由
02 上訴人負擔。

03 事實及理由

04 壹、程序方面

05 一、本件被上訴人澄清綜合醫院中港分院（下稱○○○○分院）
06 之法定代理人原為鍾元強，嗣於民國109年12月28日改由甲
07 ○○為其法定代理人（見本院卷二第215頁醫療機構開業執
08 照），並據甲○○聲明承受訴訟（見本院卷一第139頁），
09 核無不合，應予准許。

10 二、按不變更訴訟標的，而補充或更正事實上或法律上之陳述
11 者，非為訴之變更或追加，民事訴訟法第256條定有明文，
12 且依同法第463條，於第二審程序準用之。查上訴人上訴聲
13 明原為：(一)原判決除第一項至第四項及第七項之外均廢棄。
14 (二)上廢棄部分，被上訴人庚○○、辛○○（合稱庚○○等2
15 人）、○○○○分院（與庚○○等2人合稱庚○○等3人）、
16 丙○○（與庚○○等3人合稱被上訴人）應再連帶給付丁○
17 ○新臺幣（下同）45萬元、張嘉□48萬9,886元、乙○○52
18 萬7,959元、己○○62萬2,040元，及均自108年11月12日起
19 至清償日止，按年息百分之5計算之利息。(三)前項請求上訴
20 人願供擔保請求為假執行之宣告（見本院卷一第5頁）。迭
21 經更正上訴聲明，最終之上訴聲明：(一)原判決不利於上訴人
22 部分廢棄。(二)上開廢棄部分，庚○○等3人應連帶給付丁○
23 ○69萬6,895元、戊○○80萬3,258元、乙○○90萬4,787
24 元、己○○103萬6,861元，及均自108年11月12日起至清償
25 日止，按年息百分之5計算之利息。(三)上開廢棄部分，丙○
26 ○應再給付丁○○45萬元、戊○○48萬9,886元、乙○○52
27 萬7,959元、己○○62萬2,039元，及均自108年11月12日起
28 至清償日止，按年息百分之5計算之利息。(四)前二項給付義
29 務，於其中一人給付者，其他人於該給付範圍內免給付義
30 務。(五)願供擔保，請准宣告假執行（見本院卷二第405-406
31 頁）。另陳明本件請求權基礎：丙○○、庚○○等2人部

01 分，依民法第184條第1項、第185條規定；庚○○等3人部
02 分，選擇合併依民法第184條第1項、第185條、第188條規
03 定，或依民法第227條、第227條之1規定等語（見本院卷二
04 第167頁）。因上訴人未改變其請求所據之原因事實，且未
05 變更或追加訴訟標的或其他訴之要素，依上開說明，上訴人
06 就前揭更正上訴聲明及說明請求權基礎之法律關係，核屬不
07 變更訴訟標的而更正或補充事實上或法律上之陳述，應予准
08 許。

09 貳、實體方面

10 一、上訴人主張：

11 (一)丙○○於106年11月2日6時53分許，駕駛車牌號碼00-0000號
12 自用小客車（下稱系爭小客車），由臺中市○○區○○巷違
13 規沿○○路人行道往○○○○路方向行駛，且行經○○區○
14 ○路與市政交岔路口欲轉入○○路時，其原應注意汽車行駛
15 時，駕駛人應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措施，
16 而依當時天候為晴、日間自然光線、柏油路面乾燥無缺陷、
17 無障礙物，視距良好等，並無不能注意之情事，竟疏未注意
18 車前狀況，未採取必要之安全措施，復未遵守人行道上之紅
19 燈號誌貿然轉入○○路。適有己○○之配偶即丁○○、戊○
20 ○、乙○○之母吳語宸騎乘車牌號碼000-000號重機車
21 （下稱系爭機車），沿○○路慢車道第四車道往○○○○路
22 方向行駛至該路口之機車待轉區，欲停等紅綠燈往○○路方
23 向行駛，遭丙○○駕駛系爭小客車碰撞，使其人車倒地（下
24 稱系爭車禍事故）。

25 (二)吳語宸經緊急送往○○○○分院救治，以電腦斷層檢查，發
26 現有顱內出血、腦腫脹以及多處肋骨骨折、血胸、氣胸及顱
27 內骨多處破裂等傷害（下稱系爭傷害），然受僱該院之胸腔
28 外科醫師辛○○卻告知吳語宸家屬，吳語宸頭部傷害沒關
29 係，無其他積極治療，甚至安排吳語宸於000年00月0日出
30 院，因吳語宸頭部症狀非常不舒服乃未出院。嗣吳語宸因腦
31 膜破裂併發腦膜發炎、腦損傷而陷入意識昏迷，轉入加護病

01 房後，由受僱該院之腦神經外科醫師庚○○為其治療期間，
02 明知吳語宸因上開病症情況危急，仍未積極救治，造成吳語
03 宸併發肺炎、中樞神經性及敗血性休克並呼吸衰竭，而於10
04 6年12月1日死亡。

05 (三)丙○○違規駕駛之過失行為造成吳語宸受有上開嚴重傷害，
06 須送醫治療，而庚○○等2人未盡醫療職務上注意之過失行
07 為，有不完全給付情形，另○○○○分院則因其管理欠缺之
08 過失，使吳語宸不治死亡，均與吳語宸之死亡間，有相當因
09 果關係，且行為關連共同，應負共同侵權行為責任，○○○
10 ○分院並應負僱用人及債務不履行之損害賠償責任。又其等
11 致己○○受有支出殯葬費42萬4,958元之損害、戊○○受有
12 扶養費13萬2,954元之損害、乙○○扶養費25萬9,865元之損
13 害外，另因吳語宸與被上訴人驟然天人永隔，全家陷入愁雲
14 慘霧，精神亦受有非財產上損害各150萬元，自應負損害賠
15 償責任。本件丙○○就系爭車禍事故應負百分之80肇事責
16 任，吳語宸與有過失責任比例為百分之20，再扣除伊等已領
17 取之強制責任保險金每位各50萬3,105元，依首揭規定之法
18 律關係，求為命被上訴人連帶給付丁○○69萬6,895元、戊
19 ○○80萬3,258元、乙○○90萬4,787元、己○○206萬5,531
20 元，併加計法定遲延利息之判決等語。

21 二、被上訴人方面

22 (一)丙○○抗辯：

23 伊之過失駕駛行為與吳語宸之死亡結果間，無相當因果關
24 係；縱認有相當因果關係，吳語宸有闖紅燈之過失駕駛行
25 為，其就系爭車禍之發生與有過失，應負一半肇事責任。另
26 因己○○並無不能維持生活之情形，其請求賠償扶養費即屬
27 無據，且上訴人請求之精神慰撫金金額過高，應予酌減，並
28 應扣除上訴人已領取之強制保險理賠金等語。並答辯聲明：

29 (一)上訴駁回。(二)如受不利判決，願供擔保請准免假執行。

30 (二)庚○○等3人部分：

31 ○○○○分院固為庚○○等2人之僱用人，然庚○○等2人執

01 行醫療職務時，對於吳語宸因系爭車禍受傷後，所為之急救
02 醫療行為及處置，經鑑定結果並無故意或過失而不法侵害吳
03 語宸或上訴人之權利，伊等均無任何不完全給付情形，上訴
04 人請求伊等賠償損害，於法無據等語。並答辯聲明：(一)上訴
05 駁回。(二)如受不利判決，願供擔保請准宣告免假執行。

06 三、原審為上訴人一部勝訴、一部敗訴之判決，即判命丙○○應
07 分別給付丁○○24萬6,895元、戊○○31萬3,372元、乙○○
08 37萬6,828元、己○○41萬4,822元之本息，及分別為准、免
09 假執行之宣告，並駁回上訴人其餘之訴及假執行之聲請。上
10 訴人就其敗訴部分，不服原判決全部提起上訴，並上訴聲明
11 如前揭壹之□所示。被上訴人之答辯聲明：(一)上訴駁回。(二)
12 如受不利判決，願供擔保請准宣告免假執行。

13 四、兩造不爭執事項（見本院卷二第151-167頁、第212頁）：

14 (一)不爭執事項：

15 1.丙○○於106年11月2日上午6時53分許，駕駛系爭自小客
16 車，沿臺中市○○區○○路0段000巷行駛，至靠近○○路0
17 段與○○路交岔路口時，原應注意起駛前應顯示方向燈，注
18 意前後左右有無障礙或車輛行人，並應讓行進中之車輛行人
19 優先通行，且應注意駕駛汽車應遵守道路交通標誌、標線或
20 號誌之指示，復應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措
21 施，而依當時天候晴、有日間自然光線、路面乾燥無缺陷，
22 道路無障礙物、視距良好，並無不能注意之情事，竟疏未注
23 意及此，貿然先在人行道處右轉駕車行駛於人行道，再自路
24 外（人行道上無障設施處）轉入臺中市○○區○○路。適其
25 左前方有吳語宸系爭機車，沿臺中市○○區○○路由北往南
26 方向行駛進入路口，丙○○所駕系爭自小客車之左前車頭不
27 慎碰撞吳語宸所騎系爭機車之右前車頭，致吳語宸人車倒地
28 受傷。吳語宸嗣經送往○○○○分院急救後，仍因受有頭部
29 外傷、蜘蛛網膜下出血、腦水腫、左側顱骨骨折併氣腦、左
30 側顴骨骨折、左側第1至第11肋骨骨折合併血氣胸、右側第5
31 至第9側肋骨骨折、兩側肺挫傷併肺炎、腦膜炎併腦室炎、

01 敗血症併休克，於106年12月1日凌晨2時12分許死亡。丙○
02 ○則因系爭車禍事故涉犯過失致死罪遭法院判處有期徒刑6
03 月，如易科罰金，以1,000元折算1日確定（見原審卷第15
04 0、300頁筆錄、第109-111頁臺灣臺中地方檢察署（下稱臺
05 中地檢書）檢察官108年度醫偵字第36號起訴書、第205-209
06 頁臺灣臺中地方法院110年度交易字第148號刑事判決書、第
07 291-293頁本院110年度交上易字第946號刑事判決書、第367
08 頁臺灣高等法院被告前案紀錄表、第445頁個人基本資料查
09 詢結果）。

10 2.吳語宸於系爭車禍事故發生時，其騎乘系爭機車有違反管制
11 號誌闖紅燈進入路口之違規駕駛行為，就系爭車禍事故之發
12 生，與有過失（見本院卷一第216-217頁臺中市車輛行車事
13 故鑑定委員會鑑定報告書）。

14 3.吳語宸係己○○之配偶，其等育有子女丁○○、戊○○、乙
15 ○○，惟戊○○、乙○○於吳語宸發生系爭車禍時，尚未成
16 年，吳語宸對其等有1/2扶養義務，戊○○、乙○○本案得
17 一次請求之扶養費依序各為13萬2,954元、25萬9,865元（見
18 中簡卷第31-33頁戶籍謄本、第45頁行政院主計總處家庭收
19 支調查表）。

20 4.己○○因吳語宸死亡而得請求支付之喪葬費用為42萬4,958
21 元（見中簡卷第35-39頁喪葬服務證明單、統一發票、收
22 據）。

23 5.己○○因本案以庚○○等2人涉犯過失致死罪嫌，對庚○○
24 等2人提出告訴，經檢察官偵查終結為不起訴處分，復經臺
25 灣高等檢察署臺中分署駁回再議（見原審卷第113-120頁臺
26 中地檢署檢察官108年度醫偵字第36號不起訴書分書、本院
27 卷二第85-99頁臺灣高等檢察署臺中分署110年度上聲議字第
28 168號處分書）。

29 6.上訴人已受領強制責任險保險理賠各50萬3105元（見原審卷
30 第193頁國泰世紀產物保險股份有限公司保險理賠證明）。

31 7.吳語宸因系爭車禍事故送○○○○醫院救治經過之時序，如

01 附表所載（僅庚○○於000年00月0日下午5時40分是否前往
02 會診部分，有爭執而除外）。

03 8.兩造身分地位經濟情況：

04 (1)己○○為國中畢業，自000年00月間起迄今擔任室內裝璜臨
05 時工，107年度所得37萬6,240元；戊○○為大學在學學生，
06 丁○○為高農畢業，現在監服刑，其2人均無業，無收入；
07 乙○○高工畢業，現從事臨時工。上訴人名下財產有其4人
08 公司共有並供共同居住使用之房屋1棟、土地1筆；己○○另
09 有數筆投資（見原審卷第46、243-245頁陳述、第89頁在監
10 在押紀錄表、原審卷證物袋稅務電子閘門財產所得調件明細
11 表）。

12 (2)丙○○為國中畢業，現無業，在家照顧90歲之父親，107年
13 所得為12萬4,183元（見原審卷第46頁陳述、原審卷證物袋
14 稅務電子閘門財產所得調件明細表）。

15 (3)辛○○為高雄醫院院醫學系畢業，任職○○○○分院之醫
16 師，107年所得551萬7,524元，名下無財產（見原審卷第58
17 頁陳述、原審卷證物袋稅務電子閘門財產所得調件明細
18 表）。

19 (4)庚○○為臺灣大學醫學系畢業，任職○○○○分院之醫師，
20 107年所得197萬4,274元，名下無財產（見原審卷第58頁陳
21 述、原審卷證物袋稅務電子閘門財產所得調件明細表）。

22 (二)主要爭點：

23 1.丙○○與吳語宸就系爭車禍事故之肇事責任比例各為何？

24 2.上訴人主張辛○○就治療吳語宸之過程，有下列醫療疏失，
25 是否可採：

26 (1)吳語宸於106年11月2日入院時，辛○○已知悉吳語宸有腦部
27 外傷、顱骨破裂，未按醫療常規安排吳語宸進行神經學檢
28 查。

29 (2)000年00月0日下午2時50分許，吳語宸昏迷指數為14分，辛
30 ○○未讓吳語宸留在加護病房維持每小時1次神經學檢查，
31 將吳語宸轉至普通病房。

01 (3)吳語宸於106年11月7日10：57主訴頭暈、15：50主訴鼻塞嚴
02 重，106年11月8日9：05開始發燒，辛○○未採取積極治療
03 方式：如進行第二次電腦斷層檢查、監測顱內壓、給予強效
04 抗生素，預防感染，僅安排眼科與耳鼻喉科會診。

05 (4)106年11月8日17：00耳鼻喉科回覆告發現吳語宸有腦髓液外
06 流情形，建議會診神經外科，但辛○○放任吳語宸嚴重病情
07 不理，延宕至106年11月9日9：05才建議會診神經外科。

08 (5)吳語宸持高燒不退，106年11月9日17：40發現吳語宸血液與
09 尿液檢查均有細菌，腹部超音波檢查卻無異狀，未及時處
10 理，直至同日23：00無法對答、昏迷指數12，經值班醫師安
11 排於同日23：35進行部電腦斷層描檢查後，辛○○才於106
12 年11月10日00：15將吳語宸轉入加護病房，延誤治療。

13 3.上訴人主張庚○○就治療吳語宸之過程，有下列醫療疏失，
14 是否可採：

15 (1)辛○○於106年11月9日9：05建議會診神經外科，庚○○當
16 日未前往會診，延宕治療。

17 (2)庚○○於106年11月10日01：00已知吳語宸疑似腦膜炎，導
18 致多日連續發燒，且已陷入昏迷、瞳孔放大、需仰賴人工呼
19 吸器，未選擇緊急手術，僅以藥物控制，緩不濟急。

20 4.上訴人每位可請求之精神慰撫金金額若干？

21 5.上訴人本件請求有無理由：

22 (1)依民法第184條第1項、第185條規定請求丙○○、庚○○等2
23 人連帶給付丁○○69萬6,895元、戊○○80萬3,258元、乙○
24 ○90萬4,787元、己○○103萬6,861元之本息，有無理由？

25 (2)上訴人依民法第184條第1項、第185條、第188條規定請求澄
26 清綜合醫院中港分院、庚○○等2人連帶給付丁○○69萬6,8
27 95元、戊○○80萬3,258元、乙○○90萬4,787元、己○○10
28 3萬6,861元本息，有無理由？

29 (3)上訴人依民法第227條、第227條之1規定請求澄清綜合醫
30 院中港分院、庚○○等2人連帶給付丁○○69萬6,895元、戊
31 ○○○80萬3,258元、乙○○90萬4,787元、己○○103萬6,861

01 元本息，有無理由？

02 五、得心證之理由

03 (一)丙○○與吳語宸就系爭車禍事故之肇事責任比例各1/2：

04 1.按①起駛前應顯示方向燈，注意前後左右有無障礙或車輛行人，並應讓行進中之車輛行人優先通行；②駕駛人駕駛汽車，應遵守道路交通標誌、標線、號誌之指示；③汽車行駛時，駕駛人應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措施；
05
06
07
08 ④行駛至交岔路口，其行進應遵守燈光號誌。道路交通安全規則第89條第1項第7款、第90條第1項前段、第94條第3項、
09
10
11
12 第102條第1項第1款分別定有明文。又車輛面對圓形紅燈表示禁止通行，不得超越停止線或進入路口；道路交通標誌標
13
14
15 線號誌設置規則第206條第5款第1目亦有明文。丙○○考領
16
17 有汽車駕駛執照、吳語宸則領有普通輕型機車駕駛執照，有
18
19 有道路交通事故調查報告表二在卷可稽（見本院卷一一第29
20
21 8頁），丙○○於上揭①②④部分之規定、吳語宸對於前揭
22
23 ②③④部分之規定，均應知之甚詳，其等駕車或騎車時本應
24
25 具有前揭注意義務。

18 2.查兩造均不爭執丙○○於案發時，駕駛系爭車輛沿臺中市○○
19
20 ○區○○路0段000巷行駛，至靠近○○路0段與○○路交岔
21
22 路口時，先在人行道處右轉駕車行駛於人行道，再自路外
23
24 （人行道上無障設施處）轉入臺中市○○區○○路之事實，
25
26 且與臺中市政府警察局交通警察大隊○○分隊監視器擷取畫
27
28 面所示，丙○○於106年11月2日駕駛系爭自小客車由住家經
29
30 ○○巷往○○路方向並沿○○路人行道由北往南方向行駛，
31
於6時50分55秒行駛於○○路人行道上；6時51分37秒於○○
路與○○路交岔路口停等；6時51分43秒系爭自小客車自人
行道駛入○○路；6時51分47秒發生系爭車禍事故相符（見
本院卷一第276、280、282、284頁）。而案發當時天候晴、
有日間自然光線、路面乾燥無缺陷，道路無障礙物、視距良好等情，已據丙○○於刑案調查中坦承無誤，堪認丙○○依
案發時客觀情狀並無不能注意之情事，其竟疏未注意車前狀

01 況，貿然駕車不當行駛於人行道，嗣其行經上開路口，自路
02 外（人行道）起駛入臺中市○○區○○路，已違反道路交通
03 安全規則第89條第1項第7款、第90條第1項、第94條第3項規
04 定，致發生系爭車禍事故，其駕駛行為具有過失甚明。

05 3.另吳語宸於系爭車禍事故發生時，其騎乘系爭機車有違反管
06 制號誌闖紅燈進入路口之違規駕駛行為，亦為兩造所不爭
07 執；且依臺中市政府警察局交通警察大隊○○分隊監視器擷
08 取畫面，可知吳語宸於106年11月2日騎乘系爭機車沿○○路
09 由北往南方向行駛，於6時51分37秒時，○○路紅燈，機車
10 待轉區機車開始起步往○○路方向行駛；6時51分43秒系爭
11 機車已跨越至斑馬線上；6時51分47秒發生系爭車禍事故
12 （見本院卷一第276、280、282頁）。是吳語宸沿○○路由
13 北往南方向行駛至○○路與○○路交岔路口時，依案發時客
14 觀情狀並無不能注意之情事，其竟疏未注意車前狀況，且貿
15 然違反號誌管制而闖紅燈進入路口，已違反道路交通安全規
16 則第90條第1項前段、第94條第3項、第102條第1項第1款規
17 定，致發生系爭車禍事故，其駕駛行為亦有過失甚明。

18 4.本院審酌系爭車禍事故現場係為T型路口（見本院卷二第179
19 頁），丙○○不當行駛於○○路路旁人行道，並欲自路外即
20 ○○○路人行道欲轉入○○路，未注意車前狀況，未發現當時
21 正沿○○路直行闖越紅燈，欲至機車待轉區左轉往○○路方
22 向行駛之吳語宸人車，致發生系爭車禍事故；而吳語宸則違
23 反號誌管制而闖紅燈進入路口前，亦未注意車前狀況，未發
24 現當時欲自路外即○○路人行道欲轉入○○路之丙○○人
25 車，致發生系爭車禍事故；及系爭車禍事故發生當時之天
26 候、視線、無障礙物、視距等客觀外在環觀、丙○○及吳語
27 宸過失駕駛之程度等情狀，應認由丙○○、吳語宸各負擔5
28 0%之過失責任為適當。且本件經送臺中市車輛行車事故鑑
29 定委員會（下稱臺中市車鑑會）之鑑定意見，認「丙○○駕
30 駛系爭自小客車，自鄰接人行道巷口右轉不當行駛人行道至
31 設有行車管制號誌交岔路口，自路外起駛、未注意車前狀

01 況；吳語宸駕駛系爭機車，違反號誌管制（闖紅燈）進入路
02 口，雙方同為肇事原因。」等語（見本院卷一第214-217
03 頁），亦同此見解。是丙○○、吳語宸就系爭車禍事故之肇
04 事責任應各負一半之責任，上訴人主張丙○○應負80%之肇
05 事責任，無足憑採。

06 (二)上訴人主張庚○○等2人就治療吳語宸之過程，有醫療疏
07 失，均不可採：

08 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，
09 但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，民事
10 訴訟法第277條規定甚明。上開但書規定係於89年2月9日該
11 法修正時所增設，肇源於民事舉證責任之分配情形繁雜，僅
12 設原則性之概括規定，未能解決一切舉證責任之分配問題，
13 為因應傳統型及現代型之訴訟型態，尤以公害訴訟、商品製
14 造人責任及醫療糾紛等事件之處理，如嚴守本條所定之原
15 則，難免產生不公平之結果，使被害人無從獲得應有之救
16 濟，有違正義原則。是法院於決定是否適用上開但書所定之
17 公平要求時，應視各該具體事件之訴訟類型特性暨求證事實
18 之性質，斟酌當事人間能力之不平等、證據偏在一方、蒐證
19 之困難、因果關係證明之困難及法律本身之不備等因素，以
20 定其舉證責任或是否減輕其證明度。又醫療行為具有相當專
21 業性，醫病雙方在專業知識及證據掌握上並不對等者，應適
22 用前開但書規定，衡量如由病患舉證有顯失公平之情形，
23 「減輕其舉證責任」，以資衡平。若病患就醫療行為有診斷
24 或治療錯誤之瑕疵存在，證明至使法院之心證度達到降低後
25 之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，固應認其盡到舉
26 證責任（最高法院103年度台上字第1311號判決意旨參
27 照）；惟醫師實施醫療行為，如已符合醫療常規，而被害人
28 未能舉證證明醫師實施醫療行為過程中有何疏失，即難認醫
29 師有不法侵權行為（最高法院104年度台上字第700號判決意
30 旨參照）。是依前開說明，上訴人主張庚○○等2人對吳語
31 宸之醫療行為，違反醫療常規及注意義務而有疏失，渠等誤

01 診、延誤病情及手術延遲，致吳語宸最終因腦膜炎、腦損
02 傷、肺炎，及中樞神經性與敗血性休克併呼吸衰竭，病情惡
03 化而死亡，令上訴人受有損害等情，仍應由上訴人就前開有
04 利於己之事實，先負舉證之責，僅因醫療行為之高度專業
05 性，而將舉證責任減輕而已。易言之，上訴人應就主張庚○
06 ○等2人有違反醫療常規、未盡注意義務，誤診、延誤病情
07 行為，造成吳語宸病情惡化而死亡，即庚○○等2人有過失
08 一節，證明至法院之心證程度達到降低後之證明度，獲得該
09 待證事實為真實之確信，此時始因醫療專業不對等之原則，
10 依民事訴訟法第277條但書之規定，發生舉證責任轉換，應
11 移由被上訴人舉證證明其醫療行為並無過失，或與上訴人所
12 受損害間無因果關係之效果，非謂凡涉及醫療糾紛之民事事
13 件，其舉證責任初始即當然倒置於被上訴人，以符合訴訟法
14 規精神及醫療事件之特質，先予敘明。

15 2.上訴人主張庚○○未於000年00月0日下午5時40分前往會診
16 一情，為庚○○等3人所爭執，並辯稱庚○○係於000年00月
17 0日下午5時04分完成會診等語。查辛○○於106年11月9日8
18 時35分醫囑會診神經外科庚○○，而庚○○亦於同日17時04
19 分前往會診，此有病歷摘要附卷可查（見原審卷第443
20 頁），足證庚○○確有前往會診之事實，且係在辛○○開立
21 會診單後12小時內完成會診。則上訴人主張庚○○未前往會
22 診之事實，自仍應就該事實負舉證責任，惟上訴人迄未能舉
23 證證明庚○○未前往會診之事實，其此部分主張自難遽採。
24 而上訴人另主張庚○○等2人為吳語宸進行之醫療行為有前
25 述過失，已為庚○○等3人所否認，且本件於刑案偵查中，
26 經檢察官囑託衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）進
27 行鑑定結果認：(1)自病人入加護病房後，辛○○醫師就持續
28 評估生命徵象及意識狀態，且持續用藥物治療，並依病人症
29 狀安排會診耳鼻喉科、眼科及感染科；於106年11月9日庚○
30 ○醫師會診評估後，建議安排腦部電腦斷層掃描檢查及更換
31 抗生素，以控制腦膜炎感染；於同月10日庚○○醫師診視病

01 人，表示腦部電腦斷層掃描檢查結果疑似有腦膜破裂情形，
02 疑似腦膜炎，緊急置放腦部引流管手術等情。辛○○、庚○
03 ○醫師均有持續評估及治療病人病情，且向家屬明確解釋其
04 病人變化狀況，其醫療行為及處置，並無延誤檢查、會診或
05 治療之疏失。(2)病人經診斷為左側多處肋骨骨折合併氣血
06 胸、右側多處肋助骨骨折、頭部外傷併顏面骨及顱骨骨折、
07 蜘蛛網膜下腔出血、氣腦、左耳挫傷併撕裂傷，屬於多處外
08 傷的病人，須密切觀察病人生命徵象、意識狀態、神經學功
09 能等有無惡化之情形，若神經學症狀有惡化或未改善時，可
10 安排腦部電腦斷層掃描檢查。胸部外傷，除安排胸部X光檢
11 查，必要時應進行電腦斷層掃描（CT）檢查；氣血胸，若量
12 多須給予胸管引流；肋骨骨折若導致呼吸衰竭或血氧濃度不
13 足，則考慮給予氧氣使用（鼻管、面罩、氣管插管）；嚴重
14 時；應使用呼吸器；氣腦、外傷性蜘蛛膜下出血，通常採取
15 保守性治療或觀察；外傷性出血，除找出出血原因給予適當
16 處理之外，若原因不明或逐漸滲血導致血紅素過低時，則常
17 先給予輸血治療；至於其他與生命較無關的軟組織受傷或骨
18 折，則通常等生命徵象穩定後再處理。綜觀本案病人之病
19 情，醫師均依上開醫療常規進行各項檢查及治療，但嗣後病
20 人發生感染（肺炎、疑似腦膜炎），並導致敗血症休克等併
21 發症而死亡。實證醫學證實給予預防性抗生素，並無法避免
22 頭部外傷後產生腦膜炎，且依文獻報告，顯示從頭部外傷至
23 產生腦膜炎，平均從5天至13天時間，而頭部外傷造成之腦
24 膜炎死亡率高達65%，因此雖然本案病人已接受實證醫學或
25 臨床指引應進行之檢查及治療，亦無法避免發生死亡之結
26 果。(3)依病程紀錄，綜觀整體病程及發展，辛○○醫師有持
27 續評估病人生命徵象及意識狀態，並依病人受傷狀況及病程
28 發展給予及時會診、處置，且持續用藥物治療，病人發生意
29 識改變則立即安排電腦斷層掃描檢查及主動聯絡神經外科醫
30 師，並無延遲安排檢查或會診之情事，亦無延遲給予抗生素
31 之情形，其醫事行為符合醫療常規及合理臨床專業裁量。庚

01 ○○醫師均有持續評估病人，先用藥物控制腦膜炎，並穩定
02 病人生命徵象，在病人腦腫脹無法以藥物控制時，建議腦部
03 引流管手術，並向家屬解釋，獲得家屬同意後施行手術，已
04 盡力且積極嘗試改善或控制腦腫脹，其醫事行為均符合醫療
05 常規及合理臨床專業裁量。且依實證醫學，給予預防性抗生
06 素並無法避免頭部外傷後腦膜炎之產生；庚○○醫師均有持
07 續評估病人神經學功能，並依電腦斷層掃描檢查結果及生命
08 徵象穩定與否，進一步建議安排腦部引流手術之時間，並無
09 延遲手術之情事。有衛生福利部108年11月28日衛部醫字第1
10 081672336號函附之醫審會第0000000號鑑定書在卷可按（見
11 本院卷二第371-395）。

12 3. 嗣檢察官彙整己○○補充鑑定意見，囑託衛生福利部醫事審
13 議委員會進行補充鑑定結果，認：(1)依台灣版-輕度及嚴重
14 頭部外傷治療準則，病人昏迷指數15分，宜每4小時檢視1
15 次，最少12小時。另適當給予輸液補充，給予止痛藥物及間
16 歇性給予止吐藥物，若外傷病人意識及神經學症狀惡化或未
17 改善，醫師為綜合研判病情可重複安排腦部電腦斷層掃描檢
18 查。依病歷紀錄，經急診醫師初步診視評估後，立即安排腦
19 部、胸部及頸部電腦斷層掃描檢查，其結果除發現有蜘蛛網
20 膜下腔出血併氣腦及多處骨折外，胸部電腦斷層掃描檢查結
21 果顯示多處肋骨骨折及氣血胸，為多發性創傷，需要整體考
22 量處理之優先順序。外傷性蜘蛛網膜下腔出血併氣腦及多處
23 骨折，如上開治療準則所示，醫師給予持續觀察、適當症狀
24 性治療，符合治療準則。本案醫師先處理較急迫之氣血胸，
25 置放胸管引流，再轉加護病房住院，以利觀察治療其他傷
26 害，持續評估病人生命徵象及神經功能，且持續藥物治療，
27 辛○○醫師並依病人症狀及病程變化安排會診適當的科別，
28 包括耳鼻喉科、眼科、感染科及神經外科。此段期間至11月
29 9日病人意識均清楚，神經學症狀無惡化，無需重複腦部電
30 腦斷層掃描檢查。整體而言，辛○○醫師之醫療處置，均符
31 合醫療常規及臨床裁量。(2)於同月7日，病人意識清楚，主

01 訴有頭暈情形，辛○○醫師醫囑給予口服抗眩暈藥物，並降
02 低止痛藥物劑量。頭暈為非特異性症狀，除非有伴隨出現其
03 他症狀或神經學缺損，否則難以據此安排進一步檢查。僅能
04 持續觀察及追蹤，或給予症狀治療，辛○○醫師持續觀察病
05 人生命徵象及意識狀態，並針對病人頭暈給予藥物治療及調
06 整止痛藥物劑量，符合醫療常規及合理臨床專業裁量，此時
07 無需針對頭部外傷之部分（蜘蛛網膜下腔出血、氣腦等）安
08 排更進一步檢查。於同月8日病人意識清楚，因主訴右眼視
09 力模糊、無法對焦、鼻塞、流鼻水，辛○○醫師評估後，會
10 診耳鼻喉科及眼科。耳鼻喉科醫師建議針對顱骨底骨折給予
11 預防性抗生素。辛○○醫師囑咐若病人有清澈鼻液，則收取
12 腦脊髓液夜化驗及安排會診神經外科。於同月9日因病人持
13 續發燒，胸部X光檢查結果顯示血胸情形改善，但尿液檢查
14 結果顯示有細菌感染之情形，繼續給予靜脈注射抗生素。由
15 此可見辛○○醫師針對病人臨床症狀，均有持續安排進一步
16 評估與治療，並有持續觀察病人生命徵象及意識狀態，上開
17 處置皆為基於病人病情變化與病程所為之符合醫療常規及合
18 理臨床專業裁量之更進一步檢查或處置，此時無需單獨針對
19 頭部外傷之部分（蜘蛛網膜下腔出血、氣腦等）安排更進一
20 步檢查。亦有衛生福利部109年7月27日衛部醫字第10916648
21 48號函附之該部署醫事審議委員會第0000000鑑定書在卷可
22 憑（見本院卷一第221-236頁）。

23 4.本院復依上訴人之聲請，就庚○○等2人治療吳語宸之過
24 程，有無主要爭點2.3.所列各項醫療疏失，囑託衛生福利部
25 醫事審議委員會進行補充鑑定結果：(1)辛○○部分：①依病
26 歷紀錄，病人於106年11月2日入住加護病房。當時昏迷指數
27 (GCS, GlasgowComaScale) 15分，腦部電腦斷層掃描檢查
28 結果顯示有顱骨骨折，故依台灣版一輕度及嚴重頭部外傷治
29 療準則（參考資料1）判定為高危險性輕度頭部外傷。該準
30 則針對輕度頭部外傷病人留院觀察建議，若病人昏迷指數15
31 分（滿分），宜每4小時檢視1次，最少12小時。本案依病歷

01 紀錄，○醫師自病人入住加護病房開始，持續評估其意識狀
02 態及生命徵性，符合醫療常規，並無疏失。②依台灣版—輕
03 度及嚴重頭部外傷治療準則（參考資料1），針對輕度頭部
04 外傷病患留院觀察建議，若病人昏迷指數15分以下，宜每1
05 小時檢視1次，最少12小時。依病歷紀錄，病人自106年11月
06 2日入住加護病房至11月4日轉出加護病房至普通病房，觀察
07 期間滿48小時。經查閱病歷，病人於加護病房觀察期間無意
08 識或神經學症狀惡化，故轉至普通病房後續觀察治療符合醫
09 療常規。③病人於106年11月7日主訴頭暈及鼻塞，當時意識
10 清楚，無意識或神經學症狀惡化，亦無發燒或其他明顯身體
11 表徵異常。病人於11月8日開始出現發燒，依病歷紀錄，○
12 醫師當時執行相關血液檢驗及細菌培養，並於耳鼻喉科醫師
13 會診完畢後，開立預防性抗生素。依台灣版—輕度及嚴重頭
14 部外傷治療準則（參考資料1），針對輕度頭部外傷病人留
15 院觀察建議，若病人出現意識與神經學症狀惡化或未改善，
16 經研判可重複腦部電腦斷層掃描（CT）檢查。依病歷紀錄，
17 病人於106年11月7日意識清楚，無明顯神經學症狀，並非是
18 重複腦部電腦斷層掃描（CT）檢查之適應症。另外，該準則
19 針對輕度頭部外傷與中度頭部外傷之病人，不建議例行使用
20 顱內壓監測。是故，○醫師當時皆有因應病人當時的臨床狀
21 況，給予適當醫療處置。④依會診紀錄，106年11月8日耳鼻
22 喉科醫師回復會診意見為疑似腦脊髓液滲漏，若是臨床滲漏
23 情形持續，始建議會診神經外科介入。依病歷紀錄，病人自
24 11月9日始出現頭痛、頭暈、噁心及嘔吐感，因而○醫師於
25 當日上午會診神經外科。故11月9日會診神經外科，與持續
26 追蹤11月8日耳鼻喉科醫師會診回覆內容符合醫療常規，並
27 無疏失。⑤依病歷紀錄，病人於106年11月9日因持續發燒，
28 胸腔外科○醫師及神經外科○醫師皆判斷可能是中樞神經感
29 染，故當日17：40會診感染科醫師，開立中樞神經感染具有
30 感受性之經驗性抗生素（強效抗生素）立即治療。病人於當
31 日接受強效抗生素治療後，19：24出現生命徵象不穩定，意

01 識狀態變差，故於11月10日00：30轉入加護病房觀察治療。
02 經查，其作業程序及時序皆符合臨床醫療常規，無延宕治療
03 之情事。(2)庚○○部分：①依會診紀錄，神經外科會診單於
04 106年11月9日08：35開立，於當日17：04完成會診回復，並
05 給予相關醫療意見，建議安排腦部電腦斷層掃描（CT）檢查
06 追蹤及開立對中樞神經感染具感受性之經驗性抗生素（強效
07 抗生素）。經查證病歷，病人當日皆有接受相關檢查及治
08 療，故無延宕治療之情事（參考資料2、3）。②依病歷紀
09 錄，神經外科○醫師於106年11月10日01：00向家屬解釋病
10 人病況，表示先以藥物控制，若控制情形不佳，有可能須手
11 術於腦部置放引流管，家屬表示了解。05：00病人血壓94/3
12 9mmHg、心跳155次/分，○醫師表示再次安排腦部電腦斷層
13 掃描檢查，其結果顯示腦腫脹嚴重。06：00○醫師向病人家
14 屬解釋腦部電腦斷層掃描檢查報告；08：00病人家屬到院
15 後，胸腔外科○醫師及神經外科○醫師一同向家屬解釋病
16 情，病人家屬表示同意接受手術。故神經外科○醫師持續評
17 估病人臨床變化，並向病人家屬說明解釋，其治療程序皆符
18 合醫療常規及臨床裁量，仍認並無疏失（參考資料2、3）。
19 亦有醫審會於113年5月13日衛部醫字第1131664208號函送之
20 醫審會第0000000號鑑定書可稽（見本院卷二第311-344
21 頁）。

22 5.本院審酌醫審會乃係依據衛生福利部醫事審議委員會設置要
23 點第2點第4款、第4點第2款規定設置，且醫事鑑定小組置委
24 員21人至36人，各小組並以其中一人為召集人，除由部長就
25 本會委員中指定兼任外，並就其他不具民意代表、醫療法人
26 代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士遴聘之。又衛
27 生福利部受理委託鑑定機關委託鑑定案件，應提交該部醫事
28 審議委員會醫事鑑定小組（下稱醫事鑑定小組）召開會議審
29 議鑑定；前項鑑定，得先行交由相關科別專長之醫師（下稱
30 初審醫師）審查，研提初步鑑定意見；該部受理委託鑑定機
31 關委託鑑定案件，流程如下：(一)檢視委託鑑定機關所送卷證

01 資料。(二)交由初審醫師審查，研提初步鑑定意見。(三)提交醫
02 事鑑定小組會議審議鑑定，作成鑑定書。(四)以該部名義將鑑
03 定書送達委託鑑定機關，並檢還原送卷證資料，醫療糾紛鑑
04 定作業要點第4條第1、2項、第5條分別定有明文。可知醫審
05 會之鑑定流程係由初審醫師審查研提初步鑑定意見後，提交
06 醫事鑑定小組召開會議審議鑑定，而由合議制作成最終鑑定
07 報告。再衡諸醫審會為衛福部依醫療法第98條規定設置，由
08 下轄醫事鑑定小組負責辦理醫療糾紛鑑定案件，乃中立行政
09 單位，醫審會係醫學上及各方面之專家所組成之鑑定小組，
10 醫事鑑定小組委員及初審醫師對於為現職服務醫院之鑑定案
11 件、與本身具有利害關係之鑑定案件、或與訴訟事件當事人
12 之任一方具有利害關係之鑑定案件，皆應予迴避（醫療糾紛
13 鑑定作業要點第13條規定參照），醫事鑑定小組會議對於鑑
14 定案件之審議鑑定，亦須以委員達成一致之意見為鑑定意見
15 （醫療糾紛鑑定作業要點第15條規定參照），是醫審會應無
16 刻意偏頗一造之必要，且當皆具備鑑定醫療爭議之專業能力
17 及經驗，得基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源
18 與醫療水準，提供公正、客觀之意見。上開3次醫事審議委
19 員會依卷附相關病歷等資料所為專業之意見，核屬客觀公
20 正，應堪憑採，從而，庚○○等2人進行之檢查、治療等醫
21 療處遇，既符合當時之醫療常規及臨床裁量，亦無怠於醫療
22 情事，即難認其2人診治吳語宸之過程有何醫療上疏失之
23 處。上訴人主張庚○○等2人有醫療過失及不完全給付云云
24 云，即不可採。

25 (三)基上，上訴人所舉證據既不足以證明庚○○等2人為吳語宸
26 治療之過程有何醫療疏失，其依據侵權行為之規定，請求庚
27 ○○等3人連帶賠償所受損害，即屬無據，不應准許。再
28 者，吳語宸經送澄清醫院中港分院急救後，澄清醫院中港分
29 院之醫療人員包含庚○○等2人即為吳語宸進行急救、診
30 治，庚○○等2人所為之檢查、治療等醫療處遇，均符合當
31 時醫療常規，既無怠於醫療情事，業如前述，自難認庚○○

01 等3人有何不完全給付情事，上訴人依不完全給付之法律關
02 係，請求庚○○等3人賠償所受損害，亦屬無據，不應准
03 許。

04 (四)丙○○應賠償之金額：

05 1.按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
06 任；被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人對於該
07 第三人亦應負損害賠償責任；不法侵害他人致死者，被害人
08 之父、母、子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠
09 償相當之金額，民法第184條第1項前段、第192條第2項、第
10 194條定有明文。又侵權行為之成立，須行為人因故意過失
11 不法侵害他人權利，亦即行為人須具備歸責性、違法性，並
12 不法行為與損害間有相當因果關係，始能成立，且主張侵權
13 行為損害賠償請求權之人，對於侵權行為之成立要件應負舉
14 證責任（最高法院108年度台上字第1990號判決意旨參
15 照）。第按，損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因
16 之事實，並二者之間，有相當因果關係為成立要件。所謂相
17 當因果關係，係指無此事實，雖不必生此結果，但有此事
18 實，按諸一般情形，通常均可能發生此結果者而言（最高法
19 院110年度台上字第1874號判決意旨參照）。查吳語宸因系
20 爭車禍事故受有前述傷害，經送醫救治仍不治身亡，且丙○
21 ○、吳語宸就系爭車禍事故之肇事責任應各負一半之責任，
22 均詳述如前；而丙○○於行為時係成年人，為具有正常智識
23 及社會經驗之人，其客觀上應可預見駕車自人行道起駛入市
24 區道路若發生交通事故，可能導致他人受傷、死亡之結果，
25 惟仍貿然駕車自人行道駛入道路而發生系爭車禍事故，致吳
26 語宸死亡，且吳語宸確因丙○○上開過失不法行為而發生死
27 亡結果，堪認丙○○之侵權行為與吳語宸死亡之結果間具有
28 相當因果關係。參以丙○○因系爭事故之過失致死罪遭法院
29 判處有期徒刑6月，如易科罰金，以1,000元折算1日確定一
30 節，為兩造所不爭執。是丙○○就系爭車禍事故之發生，既
31 有上開之過失，致吳語宸因而死亡，屬不法侵害吳語宸之生

01 命權，上訴人依民法第184條第1項前段規定，請求丙○○負
02 損害賠償責任，自屬有據。

03 2. 茲就上訴人請求丙○○賠償之項目、金額，分述如下：

04 (1) 己○○請求殯葬費用部分：

05 兩造既均不爭執己○○因吳語宸死亡而得請求支出殯葬費用
06 42萬4,958元，己○○此部分請求即屬有據，應予准許。

07 (2) 己○○、戊○○、乙○○請求賠償扶養費部分：

08 ①按直系血親相互間，互負扶養之義務；受扶養權利者，以不
09 能維持生活而無謀生能力者為限；前項無謀生能力之限制，
10 於直系血親尊親屬及夫妻，不適用之，民法1114條第1款、
11 第1117條定有明文。而所謂「不能維持生活」，係指不能以
12 自己之財產維持生活者而言。再按民法第1118條規定因負擔
13 扶養義務而不能維持自己生活者，免除其義務。但受扶養權
14 利者為直系血親尊親屬或配偶時，減輕其義務。依此規定，
15 直系血親卑親屬或配偶因負擔扶養義務而不能維持自己生活
16 者，固僅得減輕其義務，而不得免除之；惟此係指直系血親
17 卑親屬或配偶有能力負擔扶養義務而言，倘該直系血親卑親
18 屬或配偶並無扶養能力，自無該條規定之適用。再按扶養
19 費，係指扶養權利人於現今社會生活，維持其人之尊嚴最基
20 本生活要求所需之費用，應顧及一般國民生活水準，以行政
21 院主計處公告之每人每月平均消費支出為計算基礎，尚屬合
22 宜。

23 ②己○○部分：

24 A. 己○○係00年0月00日出生，於系爭車禍事故發生時年僅48
25 歲，且其為吳語宸之配偶，自000年00月間起迄今擔任室內
26 裝璜臨時工，每月平均收入約2萬2,000元左右，亦據其陳述
27 明確（見原審卷第243頁）；又上訴人共同繼承吳語宸位於
28 臺中市○○區○○○道0段000巷00號0樓房地（見原審卷第2
29 43-245頁），該房地公告現值約為313萬0,200元，是己○○
30 名下已有相當價值之房地可供住居，另己○○107年度名下
31 且有股票投資等所得計37萬6,240元，有其稅務電子閘門財

01 產所得調件明細表在卷可按，由其上列財產、所得狀況及我
02 國目前國民經濟生活水平，難認己○○於其65歲前有不能維
03 持生活情事，其請求丙○○賠償此部分扶養費，即屬無據，
04 不應准許。

05 B. 再參酌勞動基準法第54條第1項第1款勞工年滿65歲，雇主得
06 強制其退休之規定，縱認己○○於年滿65歲退休後，依其所
07 存體力與工作、資產、生活狀況以觀，難以既有財產收入維
08 持其生活。然吳語宸係00年0月00日出生，有其戶籍資料在
09 卷可按，則己○○年滿65歲時，吳語宸已年滿68歲，尚難認
10 吳語宸屆時尚有扶養能力，己○○請求丙○○賠償其年滿65
11 歲後之扶養費部分，亦屬無據，故己○○請求丙○○賠償扶
12 養費128萬5,837元，即無理由，不應准許。

13 ③戊○○、乙○○部分：

14 戊○○、乙○○主張其等均為吳語宸之子，分別係89年5月2
15 5日、00年0月00日出生，其2人於系爭車禍發生時不能維持
16 生活而有受吳語宸扶養之必要，本件扶養費之賠償金額應以
17 每月2萬3,267元計算，吳語宸應分擔1/2扶養義務，依霍夫
18 曼式計算法扣除中間利息（首期給付不扣除中間利息）核算
19 結果，戊○○得一次請求賠償扶養費13萬2,954元，乙○○
20 得一次請求賠償扶養費25萬9,865元之事實，亦為丙○○所
21 不爭執，則戊○○、乙○○分別請求丙○○賠償扶養費13萬
22 2,954元及25萬9,865元即屬有據，應予准許。

23 (3) 請求賠償精神慰撫金部分：

24 ①按法院對於精神慰撫金之量定，應斟酌雙方之身分、地位、
25 資力與加害之程度及其他各種情形核定相當之數額。其金額
26 是否相當，自應依實際加害情形與被害人所受之痛苦及雙方
27 之身分、地位、經濟狀況等關係決定之（最高法院76年台上
28 字第1908號、85年度台上字第460號判決意旨參照）。

29 ②經查，丙○○過失致吳語宸死亡，造成上訴人頓時痛失至
30 親，衡諸常情，足使精神上遭受莫大痛苦及衝擊，自得請求
31 丙○○賠償慰撫金。本院審酌兩造均不爭執己○○為國中畢

01 業，自000年00月間起迄今擔任室內裝璜臨時工，107年度所
02 得37萬6,240元；戊○○為大學在學學生，丁○○為高農畢
03 業，現在監服刑，其2人均無業，無收入；乙○○高工畢
04 業，現從事臨時工。上訴人名下財產有其4人共同共有並供
05 共同居住使用之房屋1棟、土地1筆；己○○另有數筆投資；
06 而丙○○為國中畢業，現無業，在家照顧90歲之父親，107
07 年所得為12萬4,183元，及前述加害及受害情形等，認本件
08 上訴人各請求非財產上損害之慰撫金應各以150萬元適當，
09 上訴人各請求丙○○賠償精神慰撫金150萬元，即屬有據，
10 應予准許。

11 3.損害之發生或擴大，被害人與有過失者，法院得減輕賠償金
12 額，或免除之，民法第217條第1項規定甚明。依上所述，己
13 ○○因本件車禍事故所受之損害額為192萬4,958元（計算
14 式：殯葬費42萬4,958元＋精神慰撫金150萬元）；戊○○因
15 本件車禍事故所受之損害額為163萬2,954元（計算式：扶養
16 費13萬2,954元＋精神慰撫金150萬元）；乙○○因本件車禍
17 事故所受之損害額為175萬9,865元（計算式：扶養費25萬9,
18 865元＋精神慰撫金150萬元）；丁○○因本件車禍事故所受
19 之損害額為精神慰撫金150萬元。惟吳語宸及丙○○就系爭
20 車禍之肇事責任各應負1/2之過失責任，已如前述，則己○
21 ○得請求丙○○賠償之金額為96萬2,479元，戊○○得請求
22 丙○○賠償之金額為81萬6,477元，乙○○得請求丙○○賠
23 償之金額為87萬9,933元（元以下四捨五入），丁○○得請
24 求丙○○賠償之金額為75萬元。

25 4.另按保險人依本法規定所為之保險給付，視為被保險人損害
26 賠償金額之一部分；被保險人受賠償請求時，得扣除之，強
27 制汽車責任保險法第32條定有明文。兩造均不爭執上訴人就
28 本件事務已各領取強制汽車責任保險給付50萬3,105元，則
29 扣除該金額後，己○○得請求丙○○賠償金額為45萬9,374
30 元，戊○○得請求被告丙○○賠償金額為31萬3,372元，乙
31 ○○得請求丙○○賠償金額為37萬6,828元，丁○○得請求

01 丙○○賠償金額為24萬6,895元。

02 (五)綜上所述，除原審判決已命丙○○給付己○○41萬4,822
03 元、戊○○31萬3,372元、乙○○37萬6,828元及丁○○24萬
04 6,895元，及均自108年11月12日起至清償日止之利息外，己
05 ○○依民法第184條第1項前段規定，請求丙○○再給付4萬
06 4,552元及自108年11月12日起至清償日止之利息，為有理由
07 由，應予准許，逾此部分，為無理由，應予駁回。原審就上
08 開丙○○應再給付己○○4萬4,552元本息部分，判決己○○
09 敗訴，自有未合，其上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予
10 廢棄改判為有理由，應予廢改判如主文第二項所示。至於其
11 餘不應准許部分，原審判決上訴人敗訴，於法並無不合，上
12 訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，
13 應予駁回。

14 (六)本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊或防禦方法及所用證據，
15 經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決結果，爰不予逐一
16 論列。

17 六、據上論結，本件上訴為一部無理由，一部有理由，爰判決如
18 主文。

19 中 華 民 國 113 年 8 月 28 日

20 醫事法庭 審判長法官 楊熾光

21 法官 戴博誠

22 法官 莊宇馨

23 正本係照原本作成。

24 兩造均不得上訴。

25 書記官 謝安青

26 中 華 民 國 113 年 8 月 29 日

27 ◎附表（吳語宸就醫時序表）

28

編號	日期	事項	卷頁
	106年11月2日	(1)吳語宸，女性，00年出生，無特殊病史。於106年11月2日騎機車與小客車碰撞，安全帽有破裂情形，曾於車禍	原審卷第333-335、346-347頁

		<p>現場失去意識，由救護車於07：15送至澄清綜合醫院中港分院（以下簡稱○○○○分院）急診室就診，病人到院時昏迷指數15分（GCS：E4V5M6，滿分15分，體溫36.2°C、心跳82次/分、呼吸20次/分、血壓115/77mmHg，血氧飽和度90%（參考值95%~100%），雙耳有出血情形，左耳有撕裂傷。經急診醫師診視後，於07：34安排腦部、胸部及頸部電腦斷層掃描檢查（第1次），依護理紀錄，08：24腦部電腦斷層掃描檢查結果顯示有蜘蛛網膜下腔出血併氣腦及多處骨折，胸部電腦斷層掃描檢查結果顯示多處肋骨骨折及氣血胸，急診醫師向病人家屬解釋病情後，即為病人進行左側胸管置放。09：25啟動外傷小組，會診胸腔外科辛○○醫師（當時評估無大量內出血，建議加護病房觀察）、神經外科庚○○醫師、整形外科○○○醫師（俟生命徵候穩定後，需安排左耳撕裂傷縫合），診斷為蜘蛛膜下腔出血、顏面骨骨折、左側多處肋骨骨折併氣血胸。09：46經急診醫師評估後，入住加護病房觀察治療。</p> <p>(2)10：20病人轉入加護病房，當時昏迷指數15分（E4V5M6），體溫36.2°C、心跳77次/分、呼吸20次分、血壓109/69mmHg，血氧飽和度98%，由辛○○醫師主治，診斷為1.左側多處肋骨骨折併氣血胸；2.右側多處肋骨骨折；3.頭部外傷併顏面骨及顱骨骨折；4.蜘蛛網膜下</p>	
--	--	---	--

		<p>腔出血；5. 氣腦；6. 左耳挫傷併撕裂傷；○醫師依先前之電腦斷層掃描檢查結果【包含腦部電腦斷層掃描檢查（結果顯示頭部外傷合併顱骨骨折、顏面骨骨折、蜘蛛膜下腔出血及氣腦）、胸部電腦斷層掃描檢查（結果顯示肺部挫傷性出血、多處肋骨骨折、左側氣血胸）、頸部電腦斷層掃描檢查（結果顯示多處顏面骨骨折、鼻竇出血、右側眼眶血腫及兩側頸部腫脹）】安排治療處置，並開立靜脈注射抗生素（Stazolin/1.0gm，每8小時1次）、抗癲癇藥物（Keppra/500mg，每天2次）、預防壓力性胃潰瘍胃藥（Famodine/20mg，每12小時1次）、止血針劑（Transamin/500mg，每6小時1次）及連續靜脈滴注止痛藥（Fentanyl/50mg，每小時6毫升）。17：40病人有噁心及嘔吐等情形，嘔吐物呈現暗紅色量約為50cc，追蹤血紅素為9.4g/dL（參考值11.7~15.5g/dL），故值班醫師給予輸血紅血球濃縮液（packedRBC）2單位（unit），並會診耳鼻喉科許天彥醫師評估是否為口、鼻腔原因造成出血。20：45耳鼻喉科許醫師查看病人鼻腔，發現鼻腔鼻竇有血凝塊（bloodclot），但當時無活動性出血（activebleeding），建議冰敷及施打止血針劑Transamin，並告知若有咳鮮血，需排除胃腸道出血。23：42病人血紅素為9.3g/dL，故給予輸血紅血球濃縮液2單位。</p>	
--	--	---	--

106年11月3日	(1)07：10病人已無吐鮮血。11：00病人因左耳撕裂傷，預行左耳成形術，經○醫師向家屬解釋後，家屬同意。13：30病人於局部麻醉下，接受左耳成形術。14：13病人返回加護病房，當時昏迷指數15分（E4V5M6）。	原審卷第335、347-348頁
106年11月4日	(1)14：50病人昏迷指數14分（E3V5M6），體溫36.7℃、心跳71次/分、呼吸15次/分、血壓138/88mmHg、血氧飽和度98%、血紅素為10.8g/dL，○醫師向病人及家屬解釋病情後，轉至普通病房續治療。 (2)病人轉入普通病房時，昏迷指數15分（E4V5M6），體溫36.3℃、心跳70次/分、呼吸17次/分、血壓161/90mmHg、血氧飽和度96%，氧氣面罩（O ² mask）35%8L使用。	原審卷第335、348頁
106年11月5日	今予拔除尿管，但病患仍多次主訴解尿困難，故於18：37再度置入14號導尿管。	原審卷第348頁
106年11月6日	(1)病人主訴疼痛，08：43病人體溫36.2℃、心跳74次/分、呼吸19次/分、血壓157/90mmHg，血氧飽和度95%、昏迷指數15分（E4V5M6），左側胸管引流液顏色為粉紅色，血液檢查結果為血紅素10.9g/dL，○醫師安排病人出院，給予病人連續靜脈滴注止痛藥（Morphine/10mg、每小時4毫升）。17：30病人體溫36.9℃、心跳69次/分、呼吸20次/分、血壓161/99mmHg、血氧飽和度95%。	原審卷第337、348-349頁
106年11月7日	(1)03：36病人呼吸19次/分、體溫36.7℃、心跳65次/分、血壓164/101mmHg，血	原審卷第337、349頁

		<p>氧飽和度98%。另依病程紀錄，19：05記載病人主訴「呼吸還是很痛」，○醫師醫囑給予止痛藥物及鼓勵病人深呼吸運動（encouraged eepbreathexercise）。09：00病人體溫36.4℃、心跳67次/分、呼吸19次/分、血壓142/62mmHg，血氧飽和度98%，意識清楚，左側胸管引流液顏色為粉紅色，病人主訴有頭暈情形，氧氣鼻管（O²N/C）3L/min使用，○醫師查房後醫囑給予口服抗眩暈藥物（Sinphadol/25mg，1顆，1天3次），並降低止痛藥物（Morphine）劑量，將每小時4毫升調降至2毫升（4mL/hr→2mL/hr）。15：50病人主訴鼻塞嚴重。17：19病人意識清楚，體溫36.3℃、心跳82次/分、呼吸18次/分、血壓137/83mmHg，血氧飽和度96%。</p>	
	106年11月8日	<p>(1)09：05病人體溫37.5℃、心跳79次/分、呼吸20次/分、血壓159/91mmHg，血氧飽和度93%，10：09眼科張芳滿醫師建議使用眼藥水治療。12：30病人體溫過高38.5℃、心跳88次/分、呼吸22次/分、血壓154/75mmHg，○醫師醫囑給予口服退燒藥（Panadol/500mg，臨時給予1次）、進行血液檢查及血液細菌培養。12：33會診耳鼻喉科徐毓婷醫師建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 平躺及頭抬高30度； 2. 針對顱骨底骨折給予預防性抗生素； 3. 左耳使用抗生素點耳（Tarivid/15mg、1天3次）； 4. 若平躺時仍有清澈鼻液建議會診神經外科評估使用引流 	原審卷第337-339、349-350頁

		治療。17：39○醫師囑咐若病人有清澈鼻液，則收取腦脊髓液化驗及安排會診神經外科。	
	106年11月9日	(1)00：15病患主訴整個晚上都有頭痛頭暈情形，現有噁心嘔吐感。02：15發燒，體溫39.9℃。09：00發燒，體溫38℃。09：05經醫師查房後建議會診神經外科。10：48因病人持續發燒（最高體溫達39.9℃），經胸部X光檢查結果顯示肺部擴張及血胸情形改善，惟尿液檢查結果顯示有細菌感染之情形，故安排腹部超音波檢查以評估有無其他感染原因，另血液細菌培養結果顯有革蘭氏陰性菌感染，繼續給予靜脈注射抗生素（Stazolin/1.0g m，每8小時1次及Gentamycin/80mg，每12小時1次），並會診神經外科。17：40神經外科庚○○醫師會診評估後，建議安排腦部電腦斷層掃描檢查及更換抗生素以控制腦膜炎感染。17：40感染科醫師會診評估，因病人意識輕微譫妄（對人事時地物不清楚之症狀），且腹部超音波檢查結果無發現異常，高度懷疑有腦膜炎現象，評估給予抗生素治療。19：24病人偶仍顯躁動，體溫38.2℃、心跳84次/分、呼吸19次/分，血壓171/97mmHg，氧氣鼻管（O ² N/C）3L/min使用。23：00病人現顯躁動，無法應答，呼吸淺快，昏迷指數12分（E3V5M4），瞳孔大小左側6.0mm（參考值為2.0～3.0mm）無光反射、右側2.5mm有光反射，體溫38.7℃、心跳104次/	原審卷第339、350-351頁

		<p>分、呼吸28次/分、血壓168/89mmHg，血氧飽和度84%、氧氣鼻管(0²N/C3L/min)使用，經值班醫師評估後，安排血液檢查、緊急安排腦部電腦斷層掃描檢查(第2次)，並將氧氣鼻管更換為氧氣面罩28%6L/min使用。23:50病人經腦部電腦斷層掃描檢查，其結果經○醫師評估後暫無出血情形，病人血氧飽和度84%，氧氣面罩28%0²full使用，評估後轉至加護病房治療。</p>	
	<p>106年11月10日</p>	<p>(1)00:30病人轉入加護病房，當時心跳135次/分、呼吸35次/分、血壓149/79mmHg，血氧飽和度81%、氧氣面罩28%0²full使用，值班醫師及○醫師評估後，向家屬解釋須置放氣管內管併呼吸器使用，家屬表示同意。01:00神經外科○醫師診視病人，表示腦部電腦斷層掃描檢查結果疑似有腦膜破裂情形，疑似腦膜炎，向家屬解釋先以藥物控制，若控制情形不佳，可能需進行腦部置放引流管手術，家屬表示瞭解。02:20病人放置氣管內管及呼吸器使用。04:17病人昏迷指數2E分(E1VEM1)、心跳71次/分、血壓35/17mmHg、血氧飽和度91%，值班醫師囑給予靜脈注射強心針(Bosmin/1mg，臨時給予1次)、靜脈注射類固醇2支(Hydrocortisone/100mg、臨時給予1次)及連4靜脈滴注升壓藥。04:30病人昏迷指數2E分(E1VEM1)，雙眼瞳孔大小均7.0mm無光反射，心跳69次/分、血壓42/19mmHg，經值班醫師及○醫</p>	<p>原審卷第341、351-353頁</p>

		<p>師評估後，再安排緊急腦部電腦斷層掃描檢查（第3次）。05：00病人心跳155次/分、血壓94/39mmHg，○醫師表示腦部電腦斷層掃描檢查結果顯示腦腫脹嚴重。06：00○醫師向病人家屬解釋腦部電腦斷層掃描檢查報告，家屬（兒子）表示會告知病人配偶。08：00家屬（配偶）到院後，○醫師及○醫師一同向家屬解釋病情，建議安排緊急腦部置放引流手術，病人家屬（配偶）表示同意接受手術，於08：02病人因腦膜炎合併腦積水，欲進行腦部引流術。08：27簽署手術同意書。08：47病人入手術室，接受腦室外引流手術，09：15開始手術，09：50手術結束。10：10病人自手術房返回加護病房觀察，昏迷指數2E分（E1VEM1），雙眼瞳孔大小均7.0mm無光反射，體溫36.5°C、心跳108次/分、呼吸12次/分、血壓100/61mmHg、血氧飽和度98%。10：30家屬簽署不施行心肺復甦術同意書。</p>	
106年11月11日	(1)23：45病患現意識評估：睜眼1分、語言氣管內管、動作1分，瞳孔大小雙眼皆6.0mm對光無反應，現有腦室引流併監測，腦壓監測刻度20mmHg使用中，現顱內壓19mmHg，班內（一般護理工作分三班制）共引流3ml，生命徵象：心跳：87次/分、血壓：164/86mmHg，SP02:99%，抽血檢驗Na:157mmol/L，依醫囑續用3%NaCl pump run10ml/hr。血液培養報告為Klebsiellapneumonia及C		原審卷第353頁

		itrobacterfreundii，對目前使用中的抗生素有效。	
	106年11月12日	(1)19：25病患有腦室引流並監測，腦壓監測刻度20mmHg使用中，昨日至今白班共引流15ml，現顱內壓21mmHg，心跳65次/分，動脈血壓137/80mmHg，有藥物levophed pumprun4ml/hr使用，庚○○醫師來訪，表收縮壓需維持000-000mmHg，並囑以上調levophedpumprun4ml/hr→5ml/hr。腦脊髓液培養報告為Klebsiellapneumonia，對目前使用中的抗生素有效。	原審卷第353頁
	106年11月13日	(1)08：10病患脈搏62次/分，血壓175/98mmHg，左側胸管存，量少色淡紅，醫師辛○○診視病患，囑協助移除胸管。 (2)12：10病患動脈壓數值：108/61mmHg、心跳：58次/min，現Levophed 4mg in0.9%N/S100mlRUN3ml/hr，今早Albumin數值：2.4，醫師診視後醫囑予Levophed4mg in0.9%N/S 100ml RUN3→5ml/hr，依醫囑予Albumin lbot bidivd，依醫囑予Glycerol 0.5bot 暫停給予。後續幾日，病患意識評估睜眼： 1、語言：E、動作：1、瞳孔反射R/L：無，四肢肌耐力皆0分，病患並無太大的變化，神經外科庚○○醫師每日皆與家屬碰面並解釋，若度過此難關也有極大的可能變成植物人，家屬能接受。	原審卷第353-354頁
	106年11月16日	(1)07：45病患現心跳83次/分，呼吸12次/分，動脈血壓114/53mmHg，病患自咳能力差，痰液顏色黃綠色，性	原審卷第354頁

		<p>質稠狀，經主治醫師庚○○及胸腔外科辛○○醫師評估後，表CXR報告顯示有肺炎浸潤情形，故囑以下處置1. 依醫囑予acetingranuleslpack TID PC使用2. 依醫囑予追縱痰液Gram'sStain及Commonculture（一般培養）3. 依醫囑予拍痰衣Q8H使用。</p>	
106年11月19日		<p>(1)20：40病患現意識評估睜眼：1，語言：氣管內管，動作：1，瞳孔大小雙眼6.0mm，皆對無反應，顱內壓數值為15mmHg，生命徵象為心跳：110-138次/分、血壓：114/55mmHg，藥物Levophed lamp泡製0.9Nacl100ml每小時維持14ml使用，心電圖為S-T段下降情形，告知值班醫師○○○，故囑以下處置</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫囑予Levophed lamp泡製0.9Nacl100ml每小時更改為15ml使用 2. 依醫囑予追縱抽血檢驗值、12導程心電圖 3. 依醫囑予cordarone lampstat. IVD 4. 依醫囑予vitacal lampstat. IVD 5. 依醫囑予cordarone6amp泡製D5W500ml每小時維持21ml使用 6. 依醫囑予裝上心臟監視電擊器監測心跳6. 待抽血檢驗回。 <p>(2)21：10病患抽血檢驗值回，動脈氣體分析PH：7.425、PaO2：114.2mmHg、PaCO2：37.4mmHg、HCO3：24.8mEq/L、BE：1.2mmol/L、SaO2：98.3%、Na：162mmol/L、K：2.5mmol/L、BUN：45mg/dL、Creatinine：1.08mg/dL、Ca：9.3mg/dL、P：mg/dL、SGOT：54U/L、SGPT：66</p>	原審卷第354-355頁

		<p>U/L、T.Bilirubin：1.7mg/dL、D.Bilirubin：1.2mg/dL、CPK：46U/L、CK-MB：30U/L、Troponin-I： 0.11ug/L、WBC：14.16K/uL、RBC：3.6M/uL、Hb：10.7g/dL、Hct：32.6%、PLT：212K/uL，經值班醫師評估，囑以下處置1.依醫囑予KCL0.5ampstat.IVD並續觀察。</p>	
106年11月20日		<p>(1)09：00主治醫師辛○○醫師及神經外科庚○○醫師訪視病患，現GCS：E1VEM1，OUpupil：6.0（-），四肢MP皆0分，現脈搏：57次/分，動脈血壓：135/55mmhg，現Levophedlamp+d5w100mlrun12use中，其早上抽血date showK：2.5，已KCL 1AMP stinivf use中，及Na：162，現已餐間水100ML q6h from NG，昨日有脈搏：100-120次/分情形，本身無心臟病病史，元素diet 1200卡/天q6h消化可，醫師知並囑：</p> <p>1. by order 予 High Frequency chest wall scillation 拍痰衣續用至11/23-09：00 2. by order 予 元素diet 1200卡/天 更改為 元素diet 1600卡/天 q6h use 3. by order 予 會診心臟內科醫師：○○○，待會診 4. by order 予 voluven 1 bag st IVD use 5. by order 予 KCL 0.5 amp q12h 更改為 KCL 1 amp q12h in ivf use 6. by order 予 續 Antisuper CEF inj 500mg/vail 4q8h IVD still 11/25-16：00 使用。</p> <p>(2)11：00心臟內科○○○醫師訪視病患，現予協助採檢查心臟超音波臥位。其醫師回覆：Heart：regular heart</p>	原審卷第355-356頁V

		beat, systolic murmur Lung: no rales 心超報告: Mild AR and MR。	
106年11月21日	(1)09:55病患痰液細菌培養報告顯示: Pseudomonas aeruginosa → rare。 Candida albicans → moderate。告知○○○醫師, 囑以下處置: 依醫囑協助會診感染科。依醫囑予病患採無菌技術更換頭部術後傷口, 頭部術後鋼釘移除部位有些微滲血及淡黃色分泌物、EVD置入處有滲血及分泌物情形, 現紗布及Y紗覆蓋, 告知○○○醫師及主治醫師庚○○知, 經醫師評估後, 依醫囑予病患追蹤做腦部電腦斷層。 (2)10:50病患現電腦斷層報告顯示: 1. S/P ICP monitor. 2. Bilateral SAH. 3. Diffuse edema and swelling of brain, D/Dbrian death. 4. Collapse of ventricles. 5. Multiple fracture of facial and skull bones. 主治醫師庚○○及加護病房主治醫師○○○知, 現會客時間, ○○○醫師予家屬(兒子)解釋病情並予家屬約好晚上會客時間再次予病患丈夫說明病情, 因嚴重而快速的腦膜炎和腦室炎引起嚴重的腦水腫導致腦部不可逆的變化, 家屬接受並了解。後續幾日, 血壓起起伏伏, 皆使用升壓劑調整, 痰多, 呼吸器FiO2由30%提升至50%。106年11月23日後所追蹤的血液培養已無發現長菌情況。	原審卷第356-357頁	
106年11月27日	(1)10:50病患意識評估睜眼: 1、語言: E、動作: 1, 現生命徵象不穩定, 主治醫師辛○○及神經外科醫師庚	原審卷第357頁	

		<p>○○予向家屬（先生、兒子）說明目前病況進展，家屬表示要器捐。醫師○○予連絡中榮器捐管理師。</p> <p>(2)15：00中榮器捐管理師來視，診視後跟醫師討論，依臨時醫囑予執行血液細菌培養（含抗生素）X2套、痰液細菌培養X2套、革蘭式染色X1套、尿液細菌培養檢查。</p>	
	106年11月30日	<p>(1)10：30庚○○醫師於會客時間前來訪視病患，並向家屬（先生及兒子）解釋病患目前病況及器官捐贈相關事項。協助家屬簽署DNR同意書。家屬表示可了解病患目前病情且拒絕器官捐贈，並已簽署DNR同意書。</p>	原審卷第357頁
	106年12月1日	<p>(1)00：59 GCS：E1VEM1、ABP：21/10mmHg、HR：50次/分、SP02：測不出來，聯絡家屬到院。</p> <p>(2)01：30家屬現到院，庚○○醫師向家屬解釋病患死亡原因，家屬可接受，通知靈安室，協助協助家屬辦理出院事項。</p> <p>(3)02：12宣告病人死亡。</p>	原審卷第341、357-358頁