

臺灣臺北地方法院民事判決

111年度醫字第24號

原告 沈建新

羅孝箴

訴訟代理人 沈家陞

上二人共同

訴訟代理人 陳建宏律師

複代理人 鄭旭閔律師

被告 國立臺灣大學醫學院附設醫院

法定代理人 吳明賢

被告 林哲儀

共同

訴訟代理人 古清華律師

複代理人 楊雨璇律師

上列當事人間請求損害賠償事件，本院於民國113年9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

一、原告主張：

(一)訴外人即原告二人之子乙○○於民國109年7月7日因喉嚨疼痛、發炎至被告國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）就診，由主治醫師即被告丙○○負責為乙○○看診，乙○○將過往膽道閉鎖、肝功能異常等病史及凝血功能不佳之情形告知被告丙○○，經被告丙○○診斷後，認為乙○○兩側扁桃腺發炎，應進行扁桃腺切除手術，並建議採用低溫電漿刀手術，施行此手術後須多觀察約5至7天始得出院，經乙○○同意後，遂安排於109年7月13日住院，並於同年月14日進行扁桃腺切除手術（下稱系爭手術），術後住在臺大醫院

01 病房進行休養。

02 (二)然於乙○○住院期間，被告丙○○從未前往病房探視、檢
03 查、評估乙○○術後狀況，也未讓乙○○住院多做觀察，即
04 於109年7月16日中午通知乙○○辦理出院，乙○○返家後於
05 翌日（即同年月17日）凌晨2時30分許突然覺得不適，並開
06 始大量吐血，經救護車緊急送往醫療財團法人徐元智先生醫
07 藥基金會亞東紀念醫院（下稱亞東醫院）急救，惟到院前已
08 無生命徵象，雖經急救人員以CPR、電燒止血等方式搶救，
09 仍無法止住出血，於109年7月17日凌晨4時40分死亡，經臺
10 灣新北地方檢察署（下稱新北地檢）檢察官會同法醫相驗
11 後，作成法務部法醫研究所解剖報告暨鑑定報告書（下稱系
12 爭法醫鑑定報告），認定係因扁桃腺切除至術後併發大量出
13 血，造成乙○○低容積性休克進而死亡。

14 (三)被告丙○○為被告臺大醫院耳鼻喉科主治醫師，為從事醫療
15 業務之人，於術前已知悉乙○○上開病史，造成有凝血功能
16 不佳等情形，其對於乙○○可能因雙側扁桃體切除術後所造
17 成之傷口未復原而導致大量出血應有所預見，且對於術後乙
18 ○○之身體狀況是否適合出院應審慎評估，然於乙○○住院
19 期間卻未至病房檢查、探視乙○○之術後狀況，亦未讓乙○
20 ○留院對術後傷口多作觀察，及疏於注意乙○○有可能因術
21 後大量出血導致死亡之風險，率爾令乙○○出院返家，導致
22 乙○○於返家後不到24小時內即因系爭手術併發大量出血而
23 死亡，被告丙○○之上開醫療過失之行為與乙○○之死亡具
24 有相當因果關係，被告丙○○應負侵權行為損害賠償責任；
25 被告臺大醫院為被告丙○○之僱用人，應與被告丙○○負連
26 帶賠償責任。又乙○○前往被告臺大醫院進行治療，與被告
27 臺大醫院間成立醫療契約，而依臺大醫院之規模、器材設
28 備、人力配置充足，應無不能注意之情事，惟竟不注意使乙
29 ○○於術後未能接受完整之醫療照護，並率爾令乙○○出
30 院，導致乙○○死亡之結果，身為履行輔助人之被告丙○○
31 未盡注意義務進行醫療行為，原告自得依債務不履行、加害

給付等規定，請求被告臺大醫院負損害賠償之責。

(四)原告甲○○為乙○○支出醫療費用合計新臺幣（下同）2萬0,907元（計算式：1,391元+2,603元+1萬6,913元=2萬0,907元）、殯葬費合計64萬990元（計算式：35萬元+29萬0,990元=64萬0,990元）；原告甲○○另有2名子女，至原告甲○○65歲時，乙○○對原告甲○○之扶養義務為三分之一，而原告甲○○於乙○○死亡時為51歲，依109年新北市簡易生命表計算之男性平均餘命為30.40年，原告甲○○於65歲後受扶養期間為16.4年【計算式：30.40—（65—51）=16.4】，以行政院主計處調查公布109年新北市平均每人每月消費支出為2萬3,061元，並按霍夫曼係數表計算法扣除中間利息後（首期給付不扣除中間利息），原告甲○○得一次請求之扶養費為110萬7,361元【計算式：（23,061×144.00000000）÷3=1,107,360.00000000。其中144.00000000為月別單利（5/12）%第197月霍夫曼累計係數。採四捨五入，元以下進位。】；又乙○○死亡時為22歲，原告甲○○為乙○○之父親，生前感情甚篤，白髮人送黑髮人，於乙○○死亡後情緒幾近崩潰而無法釋懷，又未見被告釋出善意，所受精神損害甚鉅，為此請求精神慰撫金300萬元。是被告應連帶給付原告甲○○476萬9,258元（計算式：2萬907元+64萬990元+110萬7,361元+300萬元=476萬9,258元）。

(五)原告丁○○另2名子女，於原告丁○○65歲時，乙○○對原告丁○○之扶養義務為三分之一，而原告丁○○於乙○○死亡時為50歲，依109年新北市簡易生命表計算之女性平均餘命為36.41年，原告於65歲後受扶養期間為21.41年【計算式：36.41—（65—50）=21.41】，以行政院主計處調查公布109年新北市平均每人每月消費支出為2萬3,061元，並按霍夫曼係數表計算法扣除中間利息後（首期給付不扣除中間利息），原告丁○○得一次請求之扶養費為134萬4,972元【計算式：（23,061×174.00000000）÷3=1,344,971.00000000。其中174.00000000為月別單利（5/12）%第257月霍夫

01 曼累計係數。採四捨五入，元以下進位。】；又乙○○死亡
02 時為22歲，原告丁○○為乙○○之母親，親情深厚、舐犢情
03 深，於乙○○死亡後承受喪子之鉅痛，心理受創至為痛苦，
04 為此請求精神慰撫金300萬元。是被告應連帶給付原告丁○
05 ○434萬4,972元（計算式：1134萬4,972元+300萬元=434
06 萬4,972元）。

07 （六）為此，爰本於侵權行為、債務不履行與加害給付之法律關
08 係，依民法第184條第1項前段、第188條第1項、第192條、
09 第194條、第224條、第227條及第227條之1之規定，請求擇
10 一有利之請求權基礎判決被告應負連帶損害賠償責任等語。
11 並聲明：（一）被告二人應連帶給付原告甲○○476萬9,258元，
12 及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計
13 算之利息。（二）被告二人應連帶給付原告丁○○434萬4,972
14 元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之
15 五計算之利息。（三）原告願供擔保，請准宣告假執行。

16 二、被告則以：

17 （一）被告丙○○現任被告臺大醫院耳鼻喉科主治醫師，專擅小兒
18 耳鼻喉疾病之診治及手術。乙○○於00年0月00日出生不久
19 後，即因先天性膽道閉鎖接受「肝門空腸吻合術」（葛西手
20 術）治療，並於手術後長期在被告臺大醫院兒童醫院回診追
21 蹤病情。乙○○於000年0月間因一再反覆發生扁桃腺發炎，
22 於109年3月2日經訴外人即被告臺大醫院耳鼻喉科主治醫師
23 許巍鐘診斷為慢性扁桃腺發炎，施以藥物治療後效果不佳，
24 乙○○於109年3月23日回診時，許巍鐘向乙○○表示可以考
25 慮以外科手術切除扁桃腺作為一勞永逸之治療方案，乙○○
26 遂於109年4月17日至被告丙○○耳鼻喉科門診，被告丙○○
27 於當日門診中得知乙○○已在同院其他醫師門診服用藥物但
28 成效不佳，當日除持續再開立抗生素外，並向乙○○再次說
29 明扁桃腺切除手術之相關資訊，並基於乙○○過往病史即先
30 天性膽道閉鎖患者，為求慎重而建議乙○○先回被告臺大醫
31 院肝膽腸胃科門診，以評估是否可接受扁桃腺切除手術。乙

○○於接受系爭手術前，分別於109年5月25日、7月6日至被告臺大醫院兒童醫院肝膽科門診就診，就其是否適宜受扁桃腺切除手術一事詢問其肝膽科主治醫師即訴外人倪衍玄，經倪衍玄表示依照其當時之病情及生理狀況，並無不適合進行之狀況。嗣乙○○於109年7月7日再至被告丙○○耳鼻喉科門診，向被告丙○○表示已詳細思考並願意接受扁桃腺切除手術，被告丙○○遂安排乙○○於109年7月13日住院，並於109年7月14日以「電漿刀」（Peakknife）進行切除與止血，僅微量出血50ml，手術中並無任何異常出血狀況。手術後依臨床常規，乙○○在被告臺大醫院繼續住院並觀察手術後狀況，經醫師與護理人員予以密切觀察喉部狀況與手術後傷口狀況，自109年7月15日至同年月16日，乙○○之喉部及手術傷口均無出血狀況。於耳鼻喉科臨床常規下，接受扁桃腺切除手術通常僅需住院3日，如病患於手術後生命徵象穩定、無發燒、手術傷口無異常出血且病患可以進食，則符合出院的標準。乙○○於系爭手術後，生命徵象穩定、無發燒、手術傷口無出血，且於109年7月15日即可開始以口進食，顯示其術後恢復良好，惟因乙○○之家屬憂慮與要求下，被告丙○○即囑付可延長住院一天，嗣乙○○於同年7月16日因手術傷口並無流血、可以口進食、生命徵象穩定、無發燒，符合出院條件，被告丙○○在住院醫師詳細檢查上開事項並向被告丙○○報告後，囑咐乙○○可以出院。

(二)乙○○於109年7月17日突然吐血後不幸死亡，其體內出血點並非來自系爭手術之傷口，更非頸部大血管破裂，應係其食道下端食道靜脈瘤破裂而大量出血，流入胃部積血過多而吐出體外。醫學臨床上，食道靜脈瘤早期無症狀，但如食道靜脈瘤破裂，即會發生大量出血、吐血、休克等症狀，死亡率高達20至30%。而乙○○患有先天性膽道閉鎖，易生食道靜脈瘤，依乙○○於105年8月2日進行之胃鏡檢查結果顯示，其食道下方位置，已有一食道靜脈曲張病兆。又依據系爭解剖報告記載，法醫師所見為乙○○口腔內有系爭手術傷口、

胃部有大量鮮血超過1,000ML，然而並未見到乙○○之喉部、氣管與支氣管、肺部有血塊沉積，此一事實可證乙○○生前大出血之病灶，絕非其口腔內系爭手術傷口，恐為其位於食道下端之食道靜脈瘤破裂而大量出血。蓋如其生前發生大量出血之位置係在口腔，則血液會進入到氣管、支氣管，甚至肺部均會有積血；然而若是食道靜脈瘤破裂者，則因為該出血位置緊鄰胃部，大量血液會流往胃部，不會進入肺部、氣管或支氣管內。系爭解剖報告中法醫師未描述是否有針對乙○○遺體之食道予以觀察，亦未指明或證明其究竟見到哪一側之扁桃腺手術傷口有出血或大出血的證據，復未指出其是否已經找到導致乙○○在短時間內大出血之病灶所在處或有無大血管破裂之證據。是綜合上述證據與論理法則，原告指摘乙○○於109年7月17日突然吐血係肇因於系爭手術傷口，並無證據，為不可採。

(三)被告丙○○於為乙○○進行系爭手術前已請乙○○回診肝膽科醫師評估有無不宜接受系爭手術之禁忌存在，善盡術前評估，且為避免乙○○凝血功能數值稍差之風險，於術前已備妥血小板及凝血因子備用，又於手術前一日進行各項手術前檢查，均符合臨床常規，並無任何過失。再者，扁桃腺與頸部大血管構造上相隔甚遠，系爭手術不可能也不會傷及病患頸部大血管，被告丙○○為乙○○實施系爭手術時，僅微量出血，手術時間正常，並採電漿刀及時止血，且切下之扁桃腺組織中亦未包含任何大血管組織，可證被告丙○○實施之系爭手術並未傷及乙○○任一側之頸部大血管，更無因此導致乙○○於109年7月17日突然大出血。又於耳鼻喉科臨床常規下，接受扁桃腺切除手術通常僅需住院3日2夜，即手術前1日住院，手術後再觀察1日，術後隔天如無異常即可出院返家休養。乙○○於109年7月13日住院至同年7月00日出院，共計住院4日3夜，已延長住院1日，當時並非係因乙○○傷口有任何異常，乃係因顧及原告甲○○較為焦慮，因此指示住院醫師延長住院一日，以穩定病患家屬之情緒。乙○○術後

恢復良好，109年7月14日手術後傷口無出血，且恢復良好，於手術日次日即可進食，可吃軟質食物，乙○○於109年7月16日各項生理狀況即病況均已達出院標準，被告丙○○准予出院並無過失。被告丙○○於手術完成當日即親自診視病患乙○○，手術後2日由住院醫師執行醫囑與照護，並無違反常規之過失。被告丙○○各項診斷處置與醫療行為均無過失，且各醫療行為與乙○○之死亡間無相當因果關係，被告丙○○無需負損害賠償之責。被告丙○○既無過失，原告依據侵權行為及債務不履行等規定訴請被告丙○○及被告臺大醫院負擔損害賠償責任，即無理由等語，資為抗辯。並聲明：(一)原告之訴及假執行之聲請均駁回。(二)如受不利之判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、本院之判斷：

(一)按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任；注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷；醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，醫療法第82條第1項、第2項、第4項、第5項分別定有明文。次按在病患對醫療機構或人員請求損害賠償訴訟，因醫療行為之專業性，使醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對等，如由病患就醫療過失存在之事實負舉證責任顯失公平時，固得依民事訴訟法第277條但書規定減輕病患之舉證責任，惟仍不能免除其證明度降低之舉證責任，非謂醫療事件之舉證責任一律轉換於醫療機構（人員），而改由醫療機構（人員）舉證證明其無過失。又醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行為過程中是否有故意或過失即注意義務之違反，必須斟酌該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切

情狀，暨醫師就具體個案之專業裁量、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷，且因醫療行為有其特殊性，醫師所採之藥方或治療方式以事前評估雖係屬於適當之選擇，但並無法保證一定能改善病情，故容許不確定風險之存在，不能逕依醫療之結果不如預期、不成功或有後遺症、感染之發生，逕以論斷醫療行為違反注意義務。（最高法院112年度台上字第31號判決意旨參照）。再按醫療行為具有專業性、錯綜性及不可預測性，是醫師、護理師執行醫療照護行為應盡之善良管理人注意義務，係就醫療個案，本於診療當時之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身體狀況，病程變化，醫療行為之風險，避免損害發生之成本，及醫院層級等因素，為專業裁量，綜合判斷選擇有利病人之醫療方式，為適當之醫療照護，即應認為符合醫療水準，而無過失。又司法、檢察機關受理醫療糾紛案件，立法者特於醫療法第98條第1項第4款將上開醫療糾紛之委託鑑定事務，明定由醫審會（鑑定小組）為之。該會應就委託鑑定機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，所提出之鑑定意見，為證據方法，可採與否，法院應踐行調查證據之程序，依自由心證定其取捨（最高法院110年度台上字第3292號判決意旨參照）。

（二）經查，乙○○於109年3月2日、3月23日至被告臺大醫院耳鼻喉科門診由許巍鐘醫師看診，經診斷為慢性扁桃腺發炎（chronic tonsillitis），告知若扁桃腺反覆發炎或藥物治療無效，建議接受扁桃腺切除手術，109年4月17日乙○○首次至被告丙○○耳鼻喉科就診，經被告丙○○開立不同藥物1週給予治療，並亦告知若扁桃腺反覆發炎或藥物治療無效建議接受扁桃腺切除手術。乙○○於109年5月25日、7月6日至被告臺大醫院兒童醫院肝膽科門診，徵詢是否可接受扁桃腺切除手術後，於109年7月7日再度至被告丙○○門診回診，約定進行住院手術。嗣乙○○於同年月13日至被告臺大醫院住院，先進行術前各項評估與檢查並簽署「扁桃腺摘除手術

說明暨同意書」、「麻醉說明暨同意書」及「自願付費同意書」，於000年0月00日下午3時46分許由被告丙○○為乙○○實施系爭手術，手術僅出血50ml，術中無異常出血，手術於當日下午4時35分結束。術後乙○○在被告臺大醫院繼續住院，住院期間生命徵象穩定、無發燒、手術傷口無活動性出血，於109年7月15日已可進食軟流質食物，並於000年0月00日出院。翌日即109年7月17日凌晨，乙○○在家中吐血，由救護車送往亞東醫院急診室，到院前已心跳停止，經急救仍於同日上午4時40分死亡等事實，有乙○○在被告臺大醫院之病歷資料、亞東醫院急診病歷資料、新北地檢相驗屍體證明書在卷可稽（見北司醫調卷第23至58頁、本院卷一第57至107、115至162、269至372頁、卷二第11至165），且為兩造所不爭執（見本院卷一第25至26、36至37頁，卷二第186、238頁），堪以先予認定。

(三)原告雖主張被告丙○○之醫療行為具有過失，被告應就乙○○之死亡結果負擔連帶損害賠償責任，被告臺大醫院並應負債務不履行、加害給付之損害賠償責任。然查，被告丙○○在為乙○○實施系爭手術之前，已向乙○○說明扁桃腺切除手術之相關資訊，並基於乙○○先天性膽道閉鎖之過往病史，建議乙○○先回被告臺大醫院肝膽腸胃科門診，以評估是否可接受扁桃腺切除手術；而經乙○○於接受系爭手術前之109年5月25日、7月6日至被告臺大醫院兒童醫院肝膽科門診就診，就其是否適宜受扁桃腺切除手術一事詢問其肝膽科主治醫師倪衍玄後，經倪衍玄表示依照其當時之病情及生理狀況，並無不適合進行之狀況；嗣乙○○於109年7月13日至被告臺大醫院住院，先進行術前各項評估與檢查，並簽署「扁桃腺摘除手術說明暨同意書」、「麻醉說明暨同意書」及「自願付費同意書」等節，有被告臺大醫院門診病歷紀錄、入院紀錄及上開各同意書在卷可稽（見本院卷一第59至85頁），並經證人即被告臺大醫院之住院醫師李自祥於原告甲○○提告被告丙○○過失致死罪嫌之刑事案件即新北地檢

112年度醫偵續字第1號偵查案件（下稱系爭偵查案件）中證稱：我在乙○○進行手術前，有為其進行術前評估，報告顯示乙○○的血小板較常人略低，乙○○曾表示因膽道閉鎖而開刀致血小板較低，我也有對乙○○提及血小板偏低，手術後會有什麼情況。這類手術前，一般不會特別評估扁桃腺附近血管狀況，而是會做抽血、心電圖，肉眼觀察扁桃腺附近等，我與丙○○都有這麼做。乙○○的扁桃腺比較腫大，是長期慢性發炎情況，比較符合做扁桃腺切除手術的適應症，若一年發炎4次以上，或是病人有打呼情況，就會評估是否進行該手術，藥物只能減緩扁桃腺慢性發炎的疼痛，切除才能根治。手術前有評估乙○○的膽道閉鎖、肝功能異常、凝血功能不佳的情況，我都有對乙○○口頭報告，也寫在病歷中等語（見新北地檢109醫他字第23號卷第66至69頁）。顯見被告丙○○於系爭手術前，已針對乙○○先天性膽道閉鎖之過往病史善盡術前評估及告知義務，又於手術前一日進行各項手術前檢查，均符合臨床常規，並無過失可指。本件醫療爭議前經新北地檢檢察官於系爭偵查案件中委託衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）予以鑑定，該會鑑定意見（下稱系爭醫審會鑑定意見）略以：「(六)....依病歷紀錄，病人（即乙○○）於109年5月25日至小兒肝膽腸胃腸科門診回診接受定期藥物治療，7月6日至小兒肝膽腸胃腸科門診回診徵詢扁桃腺切除是否可行，7月13日住院後接受手術前評估，包括病史詢問、身體診察、抽血檢查、胸部X光、心電圖，手術說明暨同意書與自費項目簽署、麻醉前評估及麻醉同意書簽署。綜上，林醫師（即被告丙○○）手術前評估方法，符合扁桃腺切除手術之術前評估臨床常規。」等語，有衛生福利部111年8月16日衛部醫字第1111665768號函暨檢附醫審會編號0000000號鑑定書（下稱系爭醫審會鑑定書）在卷可稽（見本院卷一第373至467頁），亦同此認定，併予敘明。

（四）再查，被告丙○○於109年7月14日為乙○○實施之系爭手

術，始於下午3時46分，結束於同日下午4時35分，系爭手術方式係以電漿刀將病人兩側扁桃腺摘除，再以電漿刀、雙極電燒及含雙氧水之棉球止血，手術出血量為50ml，過程中乙○○心跳、血壓、血氧含量、體溫皆在正常範圍，於下午4時55分送入恢復室，生命徵象穩定，於下午5時50分送回病房；返回病室後，乙○○可漱口咳痰暗褐少量，暫無活動性出血，生命徵象穩定，已進食及解尿等情，有被告臺大醫院109年7月14日手術摘要、手術紀錄、手術室及恢復室護理紀錄、護理過程紀錄在卷可稽（見本院卷一第99頁、卷二第43至45、67至69、89至95頁）。以上紀錄顯示系爭手術進行時間正常，出血微量，乙○○於術後生命徵象穩定，無異常出血，可證被告丙○○為乙○○實施系爭手術時並無傷及乙○○之頸部大血管，或造成扁桃腺切除以外其他異常傷口或出血，系爭手術過程順利，被告丙○○於術中所為各項醫療處置亦均符合醫療常規，並無過失可指。系爭醫審會鑑定意見略以：「(一).....無任何臨床證據得以顯示醫師（即被告丙○○，下同）於切除扁桃腺時發生以電漿刀切及病人（即乙○○）任一側頸部大血管」、「(四).....並無臨床證據顯示手術傷口處有大血管割傷或破裂。」、「(五).....就手術紀錄及術後狀況，醫師之處置並未發現有疏失之處。」等語，有系爭醫審會鑑定書在卷可稽（見本院卷一第373至467頁），亦同此認定，併予敘明。

(五)至原告雖另主張被告丙○○於術前已知悉乙○○上開病史及凝血功能不佳等情形，其對於乙○○可能因系爭手術所造成之傷口未復原而導致大量出血應有所預見，且對於術後乙○○之身體狀況是否適合出院應審慎評估，於乙○○住院期間卻未至病房檢查、探視乙○○之術後狀況，亦未讓乙○○留院對術後傷口多作觀察，及疏於注意乙○○有可能因術後大量出血導致死亡之風險，率爾令乙○○出院返家，導致乙○○於返家後不到24小時內即因系爭手術併發大量出血而死亡之結果等語。然按醫師法第11條第1項前段規定：醫師非親

01 自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書，旨在強制
02 醫師親自到場診察，以免對病人病情誤判而造成錯誤治療或
03 延宕正確治療時機，尤以高危險性之病人，其病情瞬息萬
04 變，遇病情有所變化，醫師固有親自到場診察之注意義務及
05 作為義務，依正確之診察，給予妥適之處分治療，以保障
06 醫、病雙方權益。惟醫師對於持續進行治療之病患，如從時
07 間與空間緊密關係觀察，併參酌周邊醫療人員與醫療儀器監
08 控密度，縱使未親自到場，仍可根據過去與病患之接觸經驗
09 及其他醫療人員或設備監控下，充分掌握病情而無誤診之虞
10 者，應為目的性限縮解釋而屬可容許之範疇（最高法院112
11 年度台上字第378號判決意旨參照）。而查，乙○○於109年
12 7月14日術後當日返回病室，可漱口咳痰暗褐少量，暫無活
13 動性出血，當日晚間11時37分生命徵象穩定，已進食及解
14 尿；109年7月15日凌晨2時31分，乙○○呼吸平順睡眠中，
15 同日下午3時10分，生命徵象穩定，呼吸平順，視診雙後咽
16 電燒傷口存，吞痛約3分常規止痛藥服用可緩解，班內進食
17 粥、豆花等軟流質飲食，衛教進食後漱口維持口腔清潔且避
18 免食用生食，乙○○可接受，同日晚間7時26分，後咽電燒
19 傷口外觀淤紅無腫或出血，進食軟質食物慾可，疼痛1分，
20 止痛藥磨粉可緩解；109年7月16日凌晨3時2分，巡視病人
21 時，呼吸平順睡眠中，同日上午8時24分，達成住院診療目
22 的，經醫師准許出院，予出院藥物衛教指導，說明返家注意
23 事項，告知出院後應就醫狀況，提供門診預約單及說明回診
24 時間等情，有乙○○於被告臺大醫院之出院病歷摘要、病程
25 紀錄、護理過程紀錄在卷可稽（見北司醫調卷第23至26頁、
26 本院卷一第99頁、卷二第25至26頁），並經證人李自祥於系
27 爭偵查案件中證稱：術後當天有值班醫師巡視，我於隔天及
28 大後天都有檢查，發現乙○○有手術傷口疼痛，但傷口沒有
29 出血徵兆，也可以進食，這種手術後的第2天可以出院，乙
30 ○○出院前，丙○○會閱讀我寫的病歷情況，手術後，丙○
31 ○對我說若乙○○身體不舒服，可以多住1天觀察，故多住

了1天。出院前，我檢查傷口附近沒有出血，也沒有特別發炎，乙○○出院當天胃口比昨天更好，故符合出院條件，我在病歷上有載明並口頭向丙○○說明，我在病歷載明同意出院，丙○○也同意乙○○出院等語（見新北地檢109年度醫他字第23號卷第67至68頁）。足證乙○○於109年7月14日接受系爭手術後，已留院觀察兩夜，期間經醫護人員巡診觀察其生命徵象、手術傷口、進食及疼痛情況，顯示其生命徵象均穩定、傷口無活動性出血、可進食軟流質食物，疼痛指數下降等情，方由被告丙○○綜合考量上開紀錄所載之術後情況，以其醫師之專業判斷，准予乙○○出院返家。被告丙○○於術後雖未親自巡房檢視乙○○之傷口，然一般醫院在為病人提供醫療服務時，係以醫護團隊合作方式進行治療照護，透過醫師統籌、協調與分工，指示或指導各醫事專業人員，依醫療團隊的專業分工合作共同完成醫療行為與病人的照護，依一般醫療行為慣例，主治醫師通常並不負責無間斷地監督病房照護；且醫師就病患之身體狀況，除以口頭詢問外，尚可搭配病患過往就醫紀錄為治療方法之依據，是醫師雖未親自到床查診病患，然其所為之醫囑若係基於所屬醫療團隊之其他醫師、護理人員提供之資訊所為之判斷，即難僅以醫師未親自到床查診病患即認違反醫療常規。準此，被告丙○○於術後雖未親自巡房檢視乙○○之傷口，惟既已參酌周邊醫療人員之報告與醫療儀器監控密度，充分掌握乙○○之病情，其所為之出院判斷，即無違反一般醫療常規，而難認有過失可指。系爭醫審會鑑定意見略以：「□依現行醫療常規，主治醫師可授權給住院醫師幫忙完成病歷書寫紀錄、照顧病人，再將病人狀況報告給主治醫師，所有的醫囑，包括出院都須經主治醫師核可。依衛生福利部中央健康保險署所公告之住院診斷關聯群支付制度（DRG）中關於扁桃腺切除手術建議的平均住院日數為3日。依病歷紀錄，病人（即乙○○，下同）於109年7月13日住院，7月14日15：46接受手術，16：35手術結束。依病程紀錄，17：24術後生命徵象

01 穩定，無發燒，意識清楚，自覺疼痛指數2分，口腔傷口無
02 活動性出血；7月15日05：38生命徵象穩定，無發燒，自覺
03 疼痛指數2分，口腔傷口無活動性出血；7月16日07：11生命
04 徵象穩定，無發燒，經口進食正常，自覺疼痛指數1分，李
05 醫師（即證人李自祥，下同）檢視病人，口腔傷口無活動性
06 出血，安排當日出院。綜上，病人手術後住院2日後出院，
07 並無住院時間過短而違反耳鼻喉科臨床常規之處。」、「□
08 承上鑑定意見□之說明，林醫師（即被告丙○○）依李醫師
09 109年7月16日之評估及綜合病人手術後各項狀況下，准予病
10 人於7月16日出院。此一准予出院之決定，並無違反耳鼻喉
11 科扁桃腺切除手術之醫療常規。」等語，有系爭醫審會鑑定
12 書在卷可稽（見本院卷一第373至467頁），亦認被告丙○○
13 於109年7月16日准許乙○○出院之決定，並無住院時間過短
14 而違反耳鼻喉科扁桃腺切除手術之醫療常規，併此敘明。

15 (六)至乙○○於109年7月17日凌晨發生大出血之原因，依據系爭
16 法醫鑑定報告之記載：「死亡經過研判：.....(五)綜合事發
17 經過、亞東紀念醫院病歷及解剖結果研判死者死因為扁桃腺
18 切除，術後併發大量出血引起低容積性休克死亡。」等語
19 （見本院卷一第243至267頁），及系爭醫審會鑑定意見略
20 以：「(五).....造成病人（即乙○○，下同）死亡原因是低
21 容積性休克，而造成低容積性休克與扁桃腺切除術後併發大
22 量出血，難謂無關。」、「□.....病人於000年0月00日出
23 院後，隔日在家突吐血、休克最後因而死亡，其最可能直接
24 致死原因為病人延遲發現扁桃腺出血，流入胃部血量太多，
25 未及時就醫予以止血，導致低容積性休克。醫療團隊對於此
26 部分已有出院衛教，手術同意書亦有載明1~3%之出血風
27 險。」等語（見本院卷一第390至391頁），雖均記載係因系
28 爭手術部位術後併發出血。惟按損害賠償之債，以有損害之
29 發生及有責任原因之事實，並二者之間，有相當因果關係為
30 成立要件，如不合於此項成立要件者，即難謂有損害賠償請
31 求權存在。而醫療行為因其高度危險性、裁量性及複雜性而

有其特殊性，醫師所採取之治療方式以事前評估雖屬適當選擇，仍無法保證必能改善病情，應容許不確定風險之存在，不能逕因醫療結果不如預期、不成功或有後遺症、感染之發生，逕以論斷醫療行為違反注意義務。參照乙○○於接受系爭手術前所簽署「扁桃腺摘除術說明暨同意書」之記載：「手術/醫療處置風險：（沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是可能仍然有一些醫師無法預期的風險未被列出。）……術後出血的比例約在0.1~3%之間。因手術而意外死亡的機會極微，在二十年之前的統計約為一萬至三萬分之一，現在的麻醉及醫療更為進步，安全性更是大大增加。」（見本院卷一第77頁），已明載術後出血屬於系爭手術可能之風險，雖發生機率僅在0.1~3%之間，仍屬於系爭手術可能之風險。設若於個案中確實不幸發生此一術後風險，為被害人實施系爭手術之醫護人員是否應對此一風險負擔侵權行為損害賠償責任，則應視各該醫護人員於手術前、中、後所為各項醫療處置是否有違醫療常規而定，如醫護人員於手術前、中、後已盡相關之注意義務，所為均合於當時一般之醫療常規，而仍不能避免此一風險發生，則因醫護人員之行為並無過失，對於損害結果之發生，自無令其負擔侵權行為損害賠償責任之理。承前所述，被告丙○○於為乙○○實施系爭手術前，已妥善評估風險，並盡說明告知義務；其於系爭手術中及術後所為之醫療處置，均符合當時之醫療常規，並無怠於醫療或違反注意義務之情事，亦經本院認定如前，則縱認乙○○於109年7月17日凌晨發生大出血之原因確係因系爭手術部位術後併發出血，然被告丙○○所為各項醫療處置既無違反當時之醫療常規，未有過失可指，即欠缺「有責任原因之事實」，遑論與上開損害結果間具有因果關係，自不能成立侵權行為損害賠償之債。系爭醫審會鑑定意見略以：「(五)……綜上，造成病人（即乙○○，下同）死亡原因是低容積性休克，而造成低容積性休克與扁桃腺切除術後併發大量出血，難謂無關；

01 但就手術紀錄及術後狀況，醫師（即被告丙○○）之處置並
02 未發現有疏失之處。」、「□.....綜上，病人於手術後出
03 院後隔日在家出血及吐血、休克死亡，並非為林醫師（即被
04 告丙○○）109年7月14日手術中任何疏失行為或住院期間之
05 任何疏失行為導致。」等語，有系爭醫審會鑑定書在卷可稽
06 （見本院卷一第390至391頁），亦認被告丙○○為乙○○所
07 為各項醫療處置並無過失，乙○○死亡之結果，與被告丙○
08 ○所為各項醫療行為之間並不具有因果關係，併此敘明。

09 （七）綜上所述，被告丙○○於系爭手術前、中、後所為各項醫療
10 處置，均合於當時之一般醫療常規，並無令乙○○住院時間
11 過短而違反耳鼻喉科扁桃腺切除手術之醫療常規等情形，亦
12 無其他過失可指，自毋庸負擔侵權行為損害賠償之責任；則
13 被告臺大醫院亦無庸依其僱用人之身分，與被告丙○○連帶
14 負擔損害賠償責任。又被告丙○○作為被告臺大醫院之履行
15 輔助人，其所為既無故意或過失，被告臺大醫院即無因可歸
16 責事由而為不完全給付或加害給付之情形，自無須負擔債務
17 不履行或加害給付之損害賠償責任。從而，原告請求被告連
18 帶負擔侵權行為損害賠償責任，或由被告臺大醫院依債務不
19 履行及加害給付之法律關係負擔損害賠償責任，均屬無據。

20 四、綜上所述，原告本於侵權行為、債務不履行與加害給付之法
21 律關係，依民法第184條第1項前段、第188條第1項、第192
22 條及第194條、第224條、第227條及第227條之1之規定，請
23 求被告連帶賠償原告甲○○、丁○○各476萬9,258元、434
24 萬4,972元，及各自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按
25 年息百分之5計算之利息，均為無理由，應予駁回。原告之
26 訴既經駁回，其假執行之聲請即失所附麗，應併予駁回。

27 五、本件判決之基礎已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，
28 經核與判決結果不生影響，爰不予一一論列，附此敘明。

29 六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

30 中 華 民 國 113 年 10 月 17 日
31 民事第九庭 法 官 呂俐雯

01 以上正本係照原本作成。

02 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
03 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

04 中 華 民 國 113 年 10 月 17 日

05 書記官 吳芳玉