臺灣高等法院刑事判決

110年度重交上更三字第31號

上　訴　人　臺灣新竹地方檢察署檢察官
上　訴　人
即　被　告　蔡秉魁
000000000000000000
000000000000000000
選任辯護人　陳詩文律師
　　林羿樺律師
　　劉宜昇律師

上列上訴人等因被告公共危險案件，不服臺灣新竹地方法院104年度審交訴字第28號，中華民國104年4月29日第一審判決（起訴案號：臺灣新竹地方檢察署103年度偵字第11501號），提起上訴，本院判決後經最高法院就不能安全駕駛動力交通工具致人於死罪部分第三次發回，本院更為判決如下：

主　文

原判決關於不能安全駕駛動力交通工具致重傷罪暨定執行刑部分均撤銷。

蔡秉魁吐氣所含酒精濃度達每公升零點二五毫克以上而駕駛動力交通工具，因而致人於死，處有期徒刑肆年。

事　實

一、蔡秉魁於民國103年9月5日夜間11時許，在新竹縣竹北市光明六路某薑母鴨店食用含有酒類料理及飲用酒類後，客觀上能預見酒後駕車足以造成注意力與操控能力減低，極易導致車禍發生，倘發生車禍事故，將造成其他用路人傷亡之結果，竟主觀上疏未預見及此，且明知呼氣所含酒精濃度達每公升0.25毫克以上者，不得駕駛動力交通工具，仍基於酒後駕駛動力交通工具之犯意，於翌（6）日上午2時許，騎乘車牌號碼000-000號機車欲返回住處，於同日上午2時10分許，行經同縣市○○路000號前，本應注意車前狀況，隨時採取必要之安全措施，而依當時天氣晴、路面乾燥、無缺陷、無

障礙物、視距良好，並無不能注意之情事，終因酒後注意力及操控力降低，以致未能注意上情，直接撞擊前方牽自行車穿越該處之賴正雄，蔡秉魁駕車肇事後，並未為必要照護，即逕行騎乘機車離開（肇事逃逸部分業經判處有期徒刑1年6月確定並執行完畢），賴正雄其後經送往東元綜合醫院（下稱東元醫院）急救，診斷出受有頭部外傷合併顱內出血及腦挫傷、右鎖骨骨折，昏迷指數為4分（滿分為15分），於7日進行開顱手術清除血塊，於20日（已插管並使用呼吸器）轉至長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱長庚醫院）急診接受後續治療，長庚醫院以其轉診為顱內出血、呼吸衰竭、右鎖骨骨折及肝惡性腫瘤（下稱肝癌）病史，於同年月21日轉入加護病房，同年月22日轉至呼吸照護中心，於同年10月6日轉至一般病房，認知、行為及表達能力嚴重受損，於同年月8日再次因呼吸衰竭接受插管並入住加護病房，於同年月24日轉入呼吸照護中心，於同年月29日仍插管治療，且合併嚴重感染，雖於同年11月3日再次嘗試拔管，但於同日併發呼吸衰竭而再次插管，於同年月11日接受氣管造廔手術，同年月20日脫離呼吸器，於同年月26日轉入一般病房治療，於同年月27日又轉入加護病房治療，於同年12月4日腦部電腦斷層檢查結果顯示其有顱內出血之併發症、水腦症，同年月9日癲癇發作，持續服用抗癲癇藥物，住院期間因呼吸衰竭，氣切手術後間斷使用呼吸器支持治療，同年月22日轉入一般病房治療，同年月25日肝硬化合併肝昏迷，因反覆性肝炎發作，且意識混亂，持續治療，於104年1月14日轉入加護病房，於同年月19日轉入一般病房治療，仍意識不清需人照顧，日常生活無法自理，嗣於同年3月9日轉入長庚醫院桃園分院住院，接受抗生素及氧氣治療，仍存有認知功能障礙，無法自理日常生活，住院期間經診斷呼吸衰竭、肺炎、肝癌、肝硬化、糖尿病、慢性胰臟炎、右側氣胸及頭部外傷，於結束肺炎治療後，雖顱內出血及意識障礙仍存，然因生命徵象穩定而於同年4月2日出院；於同年月4日至16日入

大安醫院治療，經診斷有肺炎、呼吸衰竭接受氣切，且有肝癌、肝硬化、糖尿病等，入院時雖神智清醒眼睛可睜開，但不能有效溝通、氣切抽痰、鼻胃管進食，經肺炎改善退燒後出院；於同年月17日又因發燒、呼吸喘及嗜睡等情，至東元醫院住院，並經診斷為敗血性休克、肝癌、肝性腦病變、糖尿病、慢性呼吸衰竭等，至同年5月22日出院；於同年月29日至同年6月17日，因肺炎、肝癌、氣切造口、糖尿病入大安醫院治療，入院時血壓低，發燒入院，入院時神智清醒（眼睛能自主張開，惟無法有效溝通），氣切抽痰，鼻胃管進食，之後意識變差仍無法有效溝通，甚而意識不清，疾病惡化，退燒後出院，血壓回穩；於104年6月29日，因肝癌、尿道感染、糖尿病、癲癇、氣切狀態入大安醫院治療，入院時意識不清，消化不良，且雖入院時無肺炎診斷，然期間仍有肺炎相關治療，治療後狀況不佳，終因車禍造成頭部外傷合併顱內出血腦室出血及蜘蛛膜下腔出血等傷害，以致其上開期間意識不清、無法自我照顧而長期臥病在床，併發反覆感染，導致全身營養狀態、肌肉狀態及其他身體防禦感染功能喪失，復因無法完善繼續治療肝癌，因而體力衰竭免疫力低下，最終於104年7月29日因肺炎併發症，而致急性呼吸衰竭而死亡。

二、案經被害人賴正雄之妻衛美珠訴由新竹縣政府警察局竹北分局報告臺灣新竹地方檢察署檢察官偵查後起訴。

理　由

壹、證據能力部分：

一、供述證據部分：

按被告以外之人於審判外之言詞或書面陳述，除法律有規定者外，不得作為證據，刑事訴訟法第159條第1項固定有明文；惟被告以外之人於審判外之陳述，雖不符同法第159條之1至第159條之4之規定，而經當事人於審判程序同意作為證據，法院審酌該言詞陳述或書面陳述作成時之情況，認為適當者，亦得為證據，同法第159條之5第1項亦定有明文。

經查，本件判決所引用之被告以外之人於審判外之陳述，固均屬傳聞證據，惟公訴人、上訴人即被告蔡秉魁暨選任辯護人對本院提示之卷證，均表示同意有證據能力，且迄至言詞辯論終結前未聲明異議，本院審酌上開證據資料製作時之情況，尚無違法不當或證明力明顯過低之瑕疵，亦認以之作為證據，應屬適當。

二、非供述證據部分：

本判決所引用之非供述證據，並無證據證明係公務員違背法定程序所取得，亦無顯有不可信之情況，且經本院於審理期日為合法調查，該等證據自得作為本案裁判之資料。

貳、認定犯罪事實所憑之證據及理由：

一、訊據被告對於其在案發時、地酒後駕車，並因過失而肇致本案車禍事故發生，致被害人是時受有頭部外傷合併顱內出血合併腦室出血、腦挫傷、蜘蛛膜下腔出血、右鎖骨骨折、術後肺炎及呼吸衰竭、顱內出血併發症、水腦症、中樞神經損傷等對身體、健康難治之重傷害等節坦承不諱，惟矢口否認被害人賴正雄最終之死亡結果與本件車禍事故之發生有相當因果關係。辯護人則為被告辯護稱：

㈠國立臺灣大學醫學院鑑定（諮詢）回復書無足採信：

1.最高法院發回意旨明確指摘被害人於大安醫院住院期間，似未見有顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血引發其意識模糊之診斷紀錄，且實際上依據被害人之病歷資料，自103年12月4日後便已無任何針對顱內出血之診斷，亦未有頭部電腦斷層掃描，顯見被害人於104年4月2日自長庚醫院出院時顱內出血狀況確已治癒而無再發生。被害人後續治療均係針對其自身肝癌之治療，意識不清當係自身肝癌急速惡化，與多次血液中氨值過高而肝昏迷所致，終因此等意識不清致呼吸衰竭身亡，國立臺灣大學醫學院鑑定（諮詢）回復書未說明何以判斷被害人意識不清與車禍事故所造成之顱內出血有關，且欠缺上開血液中氨值數據說明，並與相關資料有所矛盾，無足採信。

2.被害人於104年4月4日至4月16日、5月29日至6月17日、6月29日至7月29日於大安醫院三度入院治療，而大安醫院110年8月16日安管字第1100000098號函載明被害人104年4月4日入院清醒但不能有效溝通，成因為「肺炎、肝硬化及肝癌」；104年5月29日意識清醒，後來104年6月8日意識變差，104年6月15日意識不清，成因為「肝癌、肝惡化嚴重且有肺炎；104年6月29日再次入院，診斷為肝癌末期、糖尿病、泌尿道感染，並未有肺炎診斷，期間執行安寧療護，病人於104年7月29日過世，是因為急性呼吸衰竭，前行原因為「肝癌、肝硬化」等語，是此函文在此期間之意識不清均為「肝癌、肝硬化」造成而與顱內出血無關，此等記載明顯與上開國立臺灣大學醫學院鑑定（諮詢）回復書內容矛盾，亦未見國立臺灣大學醫學院有任何說明。況被害人於104年6月29日入院時確已檢測出肝癌末期，而執行安寧療護，已屬病情不可逆之情事，此等診斷確與法醫蕭開平於證述被害人平均餘命屆至相同，而與國立臺灣大學醫學院鑑定(諮詢）回復書明顧矛盾。

3.被害人於104年4月17日至同年5月22日至東元醫院住院治療，其入院診斷為「liver cirrhosis，hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」（似有肝硬化，肝癌併發肝性腦病變），出院診斷為「liver cirrhosis,diffuse hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」（似為肝硬化，瀰漫肝癌併發肝性腦病變）之記錄，是被害人在東元醫院入院診斷確有肝癌惡化之情事，然前開國立臺灣大學醫學院鑑定（諮詢）回復書隻字未提。

4.又被害人於104年2月21日血液中氨值達233umol/L(見林口長庚醫院104年3月11日製作之出院病歷摘要第4頁）；104年3月18日高達222umol/L（東元綜合醫院出院病歷摘要）；104年4月17日高達152umol/L;於同年5月15日高達169umol/L(東元綜合醫院出院病歷摘要）；104年6月29日入院隔日高達176umol/L（大安醫院108年11月21日函及該段入出院之病歷摘

要）。顯見被害人數次入出院時血液中氨值均遠超出標準值，而醫學上血液中氨值超標確為臨床判斷「肝昏迷」導致意識不清之直接指數，然前開國立臺灣大學醫學院鑑定(諮詢）回復書對此數據隻字未提，亦未有任何說明，又何以判斷被害人之肝病並無惡化。

㈡被害人最終於104年7月29日因意識不清致肺炎、急性呼吸衰竭死亡，此等因意識不清為先行原因引發之死亡結果，而意識不清係其自身肝癌所生之肝昏迷所致，與本案103年9月6日車禍事故確無相當因果關係：

1.法醫研究所鑑定書已指出車禍確有造成被害人腦挫傷併發顱內出血，研判車禍與事故有其相關性，但缺乏車禍與死亡之直接相關性。依據病情發展，死者之死亡責任肝癌及原有硬腦膜下腔積水與死亡之相關性，尚要擔負著死亡之部分責任。又其補充鑑定函亦敘明依據排除法則，若無肝硬化併肝癌病變，在同樣情況與條件下，在103年9月6日發生車禍造成頭部外傷及鎖骨骨折，在104年7月29日應尚能復原存活。再依據排除法則，若無交通事故造成頭部外傷等，則單就肝硬化併肝癌病變應足以在104年7月29日造成主要死亡之原因與結果，法醫蕭開平於前審亦證述被害人死因最後還是肺炎，因為肝癌到最後也常常看到肺炎；死亡主要原因當然還是肝癌，佔最大部分等語明確。顯見本案車禍確不致被害人發生死亡結果，車禍非死亡結果之原因，二者欠缺相當因果關係。被害人最終急性呼吸衰竭之先行原因即意識不清，係其自身肝癌所生之血液氨值過高、肝昏迷所致，與本案車禍無關。

2.本案車禍事故縱與被害人最終因意識不清致急性呼吸衰竭或有部分關聯，然依大安醫院110年8月16日安管字第1100000098號函所稱：「病人於104年7月29日過世，是因為急性呼吸衰竭，前行原因為『肝癌、肝硬化』、但之前因腦出血併臥床，致多次肺炎亦為前導原因之一」、國立臺灣大學醫學院鑑定（諮詢）回復書稱：「被害人最終因肺炎之併發症死

亡，其他對於死亡有影響之疾病為惡性肝腫瘤，死亡方式為意外」等語，均表達被害人死亡結果與本案車禍事故及自身肝癌均有關聯，鑑定人蕭開平亦證稱本案車禍「或有10%、20%不等之可能性」造成死亡結果，是本件車禍至多與被害人本身之「肝硬化併肝癌病變」同為被害人死亡結果之「累積原因之一」。依「排除法則」，倘被害人本身無「肝硬化併肝癌病變」，其幾乎能自本件車禍事故痊癒而無死亡結果，則單就本件車禍而言，被害人所受傷害原不足引起死亡結果，係因另有與傷害無關之「肝硬化併肝癌病變」介入，始發生死亡之結果，被害人死亡結果與本案車禍事故間並無相當因果關係，依罪疑惟輕，不得推論被告應負過失致死罪責云云。

二、經查，被告於如事實欄所示時、地飲酒後，騎乘機車返家途中，直接撞擊前方牽自行車穿越該處之被害人等情，為被告所坦認，並有警製道路交通事故現場圖、道路交通事故調查報告表及照片等附卷可稽（見偵查卷第12至14、19至24頁）。而被告其後經警測得其酒精呼氣濃度為每公升0.19毫克，有卷附當事人酒精測定紀錄表可按（見偵查卷第15頁）。又「血液酒精濃度」與「呼氣酒精濃度」之比值為2,000，人體血液酒精代謝率（排除率）約為每小時10至40毫克/DL間，多數人之代謝率平均值約為20毫克/DL，合呼氣酒精代謝率（排除率）約為每小時0.05至0.20毫克/公升間，多數人之代謝率平均值約為0.10毫克/公升，有內政部警政署刑事警察局93年10月26日（93）刑鑑字第0930209949號函在卷可按（見本院104年度交上訴字第121號卷第45頁）。依上開酒精測定紀錄表所載，於103年9月6日上午5時24分許測得被告呼氣所含酒精濃度為每公升0.19毫克，則測試時間距被告肇事時間，已相隔約3小時，依上揭函文說明，依最有利於被告而擇最低呼氣酒精代謝率即每小時0.05毫克/公升計算，被告肇事行為時之吐氣所含酒精濃度為每公升約0.34毫克（0.19＋0.05×3小時），若以多數人之代謝率即每小時

0.10毫克/公升計算，被告肇事時之吐氣所含酒精濃度則達每公升0.49毫克（0.19＋0.1×3小時），則被告確有於呼氣所含酒精濃度達每公升0.25毫克以上後，仍駕駛動力交通工具之行為，至為明確。按汽車行駛時，駕駛人應注意車前狀況，並隨時採取必要之安全措施，又汽車駕駛人飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度達每公升0.15毫克或血液中酒精濃度達百分之0.03以上者，不得駕車，道路交通安全規則第94條第3項、第114條第2款分別定有明文。被告於前揭時、地駕駛機車，其對上開規定自應知之甚詳，再依前揭卷附道路交通事故調查報告表所載，當時天候晴天、夜間有照明、柏油路面乾燥、無缺陷、無障礙物、視距良好，並無不能注意之情事，然被告竟仍直接撞擊前方牽自行車穿越該處之被害人，顯見確因酒後注意力及操控力降低，以致未能注意上情，是本件被告駕車肇事確有過失，可以認定。

三、按刑法上之過失，固以過失行為與結果之間，於客觀上有因果關係存在為必要；然此所謂因果關係，並不以過失行為係結果發生之直接原因為限，僅以有相當之因果關係存在，即足當之。而行為之於結果，是否具有相當因果關係，應依事後之立場，客觀地審查行為當時之具體事實，如認某行為確為發生結果之相當條件者，該行為即有原因力；至若某行為與行為後所生之條件相結合而始發生結果者，亦應就行為時所存在之事實，為客觀之事後審查，如認為有結合之必然性者，則該行為仍不失為發生結果之原因，應認具有相當因果關係（最高法院90年度台上字第5164號判決意旨參照）。故如因行為人之過失行為，先致被害人受傷，再因該傷致死，或因該傷致病，因病致死，即因原傷害介入自然力後助成病死之結果者，均難謂無相當之因果關係，自應依過失致人於死罪論處（最高法院90年度台上字第2260號判決意旨參照）。本院查：

㈠本件肇事後被害人經送往東元醫院急救，診斷出受有頭部外傷合併顱內出血及腦挫傷、右鎖骨骨折，昏迷指數為4分

（滿分為15分），於7日進行開顱手術清除血塊，於20日（已插管並使用呼吸器）轉至長庚醫院急診接受後續治療，長庚醫院以其轉診為顱內出血、呼吸衰竭、右鎖骨骨折及肝癌病史，於同年月21日轉入加護病房，同年月22日轉至呼吸照護中心，於同年10月6日轉至一般病房，認知、行為及表達能力嚴重受損，於同年月8日再次因呼吸衰竭接受插管並入住加護病房，於同年月24日轉入呼吸照護中心，於同年月29日仍插管治療，且合併嚴重感染，雖於同年11月3日再次嘗試拔管，但於同日併發呼吸衰竭而再次插管，於同年月11日接受氣管造廔手術，同年月20日脫離呼吸器，於同年月26日轉入一般病房治療，於同年月27日又轉入加護病房治療，於同年12月4日腦部電腦斷層檢查結果顯示其有顱內出血之併發症、水腦症，同年月9日癲癇發作，持續服用抗癲癇藥物，住院期間因呼吸衰竭，氣切手術後間斷使用呼吸器支持治療，同年月22日轉入一般病房治療，同年月25日肝硬化合併肝昏迷，因反覆性肝炎發作，且意識混亂，持續治療，於104年1月14日轉入加護病房，於同年月19日轉入一般病房治療，仍意識不清需人照顧，日常生活無法自理，嗣於同年3月9日轉入長庚醫院桃園分院住院，接受抗生素及氧氣治療，仍存有認知功能障礙，無法自理日常生活，於長庚醫院住院期間經診斷呼吸衰竭、肺炎、肝癌、肝硬化、糖尿病、慢性胰臟炎、右側氣胸及頭部外傷，於結束肺炎治療後，雖顱內出血及意識障礙仍存，然因生命徵象穩定而於同年4月2日出院；於同年月4日至16日入大安醫院治療，經診斷有肺炎、呼吸衰竭接受氣切，且肝癌、肝硬化、糖尿病等，入院時意識模糊（清醒眼睛可睜開，但不能有效溝通）、氣切抽痰、鼻胃管進食，經肺炎改善退燒後出院；於同年月17日又因發燒、呼吸喘及嗜睡等情，至東元醫院住院，並經診斷為敗血性休克、肝癌、肝性腦病變、糖尿病、慢性呼吸衰竭等，至同年5月22日出院；於同年月29日至同年6月17日，因肺炎、肝癌、氣切造口、糖尿病入大安醫院治療，入院時血

壓低，發燒入院，入院時意識清醒（眼睛能自主張開，惟無法有效溝通），氣切抽痰，鼻胃管進食，之後意識變差仍無法有效溝通，退燒後出院，血壓回穩；於104年6月29日，因肝癌、尿道感染、糖尿病、癲癇、氣切狀態入大安醫院治療，入院時意識不清，消化不良，且雖入院時無肺炎診斷，然期間仍有肺炎相關治療，治療後狀況不佳，而於104年7月29日因急性呼吸衰竭而死亡。以上各情，有東元醫院診斷證明書、東元醫院104年7月22日東秘總字第1040001077號函暨所檢附病歷、長庚醫院診斷證明書、長庚醫院103年12月29日（103）長庚院法字第1290號函、104年9月9日（104）長庚院法字第0761號函及所檢附病歷暨診斷證明書、108年12月12日長庚院桃字第1081150226號函、110年10月7 日長庚院林字第1100850902號函、大安醫院死亡證明書、大安醫院104年11月9日安管字第1040000128號函、108年11月21日安管字第1080000146號函、110年8月16日安管字第1100000098號函、110年9月14日安管字第1100000108號函、大安醫院104年4月16日、6月25日、8月7日診斷證明書等附卷可稽（以上見偵卷第16、41頁；本院104年度交上訴字第121號卷第58至71、76、97至99、112頁；本院110年度重交上更二字第32號卷第99至117、151頁；本院卷第89至95、151、175、177頁）。

㈡徵諸上開說明，被害人原為意識清楚、得自由行動，並有自理能力之人。於案發時、地，因牽自行車而遭酒後騎乘機車、行經該處之被告撞擊，經送醫急救直至死亡之病情發展歷程，可見被害人於本件車禍肇事後，即受有之顱內出血合併腦室出血、蜘蛛膜下腔出血等腦傷，雖接受開顱手術取出血塊，仍陷於認知、行為及表達能力嚴重受損而長期臥床，原有呼吸器依賴，後續則接受氣管造廔手術（氣切）脫離或間斷呼吸器使用，惟意識始終存有障礙，無法有效溝通，生活亦無法自理，又因長期臥病在床，以致全身營養狀態、肌肉狀態及身體防禦感染功能喪失，導致容易嗆入因而反覆肺

炎感染，暨其因自身有肝癌病史而體力衰竭、免疫力低下，最終因肺炎併發症而致急性呼吸衰竭而亡。基此，被害人最終因肺炎併發症而致急性呼吸衰竭而亡，肇致於本件車禍所受之顱內出血合併腦室出血、蜘蛛膜下腔出血等腦傷所致。此情亦有大安醫院死亡證明書及該院104年11月9日安管字第1040000128號函所載認本件被害人係「因肺炎致急性呼吸衰竭死亡」（見本院104年度上訴字第121號卷第76、112頁）可佐，是以被害人因車禍受傷、復因傷致病，終因病致死，被害人自車禍受傷致死亡，因果關係連續而無中斷。

㈢又依前揭卷附大安醫院死亡證明書所載，被害人直接引起死亡之疾病係急性呼吸衰竭，原因分別為：顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血術後併臥床、肝癌。大安醫院就此說明：病人因肺炎致急性呼吸衰竭死亡，先行原因與顱內出血，意識不清併臥床有關，此因導致病人易嗆入肺炎，亦與肝癌有關，因此點造成病人體力衰竭，免疫力低下，容易感染等語（見本院104年度交上訴字第121號卷第76、112頁），未就引發被害人因肺炎致急性呼吸衰竭死亡之直接原因直指究明，被告亦堅詞抗辯被害人係因自身肝癌病史引生肝昏迷，致意識不清而生死亡結果。而本院前審送法務部法醫研究所鑑定研判結果，經法醫研究所於105年2月23日以法醫理字第10400060400號函檢送法醫研究所(104)醫文字第1041104852號法醫文書審查鑑定書，說明「賴正雄在車禍前應即患有肝癌，肝細胞癌病症併凝血功能障礙（coagulopathy）及腫瘤轉移臆斷等，均可加重頭部受傷後凝血功能不全延遲、延滯傷勢恢復病程。主要車禍後造成雙側硬腦膜下腔積水之慢性病症，亦支持死者有大腦皮質萎縮。故車禍確有造成腦挫傷併發顱內出血，研判車禍與事故有其相關性，但缺乏車禍與死亡之直接相關性！因為單獨肝癌可形成肝衰竭、代謝性衰竭，即可成為主要死因，而依據病情發展，死者之死亡責任肝癌及原有硬腦膜下腔積水與死亡之相關性，尚要擔負著死亡之部分責任」（見本院104年度交上訴字第1

21號卷第140至144頁）。上開鑑定結果，既認為車禍確有造成被害人之腦挫傷併發顱內出血，研判車禍與死亡事故有其相關性，但又認為缺乏車禍與死亡事故之直接相關性，且將被害人之自身因素除肝癌外，另增列原有之硬腦膜下腔積水，而與上開大安醫院之死亡證明書及相關說明不符，亦有異於前揭各該醫院診斷證明書之病況說明。本院前審就此再函詢法務部法醫研究所，經該所於106年7月25日以法醫理字第10600031890號函補充說明：被害人自車禍109年9月6日因騎腳踏車時發生事故，至醫院急診就醫，當時傷勢為頭部外傷合併顱內出血及腦挫傷、右鎖骨骨折，當時昏迷指數為4分，同日辦理入住加護病房治療，103年9月7日接受開顱手術清除血塊，後因病人家屬要求轉至林口長庚醫院，...被害人由住院至死亡有連續性，無中斷性之因果關係，雖因車禍受傷未具致命傷，但車禍（應係「死亡」之誤）其導因仍為車禍，故死亡方式認定為「意外」（此部分亦足徵大安醫院死亡證明書所載「死亡方式：自然死」容有誤斷），硬腦膜下腔積水應為老年化大腦皮質自然萎縮造成之結果，一般若有明顯外傷性、挫傷性出血包括硬腦膜下腔出血、或是嚴重蜘蛛網膜下腔出血，一般會造成硬腦膜下腔出血，而非積水等語（見本院106年度交上更㈠字第1號卷第61頁背面）。是細繹法醫研究所之補充說明，除見該所前此所函覆之法醫文書審查鑑定書之立論有所誤斷外，亦認為被害人由住院至死亡有連續性，無中斷性之因果關係，死亡方式認定為「意外」。此外，就硬腦膜下腔積水與被害人死亡結果無涉部分，亦據法務部法醫研究所鑑定人蕭開平於本院前審證述硬腦膜下腔積水與車禍無關，硬腦膜下腔出血才是車禍造成，而且主要是腦挫傷等語在卷可佐（見本院108年度重交上更二字第32號卷第297頁）。

㈣被害人因車禍造成頭部外傷致顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血等傷害，以致其上開期間意識不清、無法自我照顧而長期臥病在床，併發多次肺炎，反覆治療，此條件足以

造成急性呼吸衰竭而致死亡結果，縱因本身罹患肝癌，此條件僅係造成體力衰竭，免疫力低下，加速被害人之死亡，無法單獨造就被害人104年7月29日之死亡結果：

1.如前所述，被害人於案發時地，正騎牽自行車欲穿越新竹縣○○市○○路000號前，而為一神智清醒有行為自主能力之人，係因本件車禍受有上揭傷害，且於開刀清除顱內血塊後即意識存有障礙並長期臥病在床，直至死亡時均如此。又因長期臥病在床，全身營養狀態、肌肉狀態及身體防禦感染功能喪失，導致容易嗆入因而反覆肺炎感染，暨其因自身有肝癌病史而體力衰竭、免疫力低下，最終因肺炎併發症而致急性呼吸衰竭而亡（大安醫院104年11月9日安管字第1040000128號函參照；本院104年度交上訴字第121號卷第112至120頁），而依據長庚醫院104年8月18日之診斷證明書暨於104年9月9日以（104）長庚院法字第0761號函及所檢附病歷所示（本院104年交上訴字第121號卷89、97頁；病歷○箱外放），被害人雖於102年5月被診斷出有肝癌、酒精性肝硬化等疾病，並曾接受6次肝癌經動脈栓塞治療，最後一次住院接受栓塞治療為103年8月14日住院，8月22日出院（即本件車禍事故發生前）。當時出院診斷為(1)肝癌，經動脈栓塞治療術後，巴塞隆納的肝癌分期（Barcelona Clinic Liver Cancer（BCLC）Classification】為B，TNM分期為第二期(T2N0M0)，並經醫囑於出院後於門診持續追蹤。嗣因發生本件車禍，被害人持續呈現意識障礙、臥床，而未能持續接受肝癌診治，是被害人縱因有肝癌病史，然其本處於持續診療中，因本件車禍事故而停止治療，則其縱因罹患肝癌，最終因此而造成體力衰竭，免疫力低下，仍係因本件車禍事故至其中斷治療所致，而不得以肝癌最終仍導向死亡結果，而倒果為因遽以排除本件由車禍受傷住院至死亡之連續無中斷，車禍受傷住院確為本件被害人死亡之原因，二者所具備之相當因果關係。

2.復徵以：

⑴鑑定人蕭開平於本院前審所證述：本案法醫研究所先後所為104年醫文字第1041104852號法醫文書審查鑑定及106年7月25日法醫理字第10600031890號函之補充鑑定說明均為我所做，鑑定結果研判本件車禍事故所生傷勢致被害人長期臥床和最後死亡之結果有因果關係；而死亡有各種原因，就本件被害人之死亡結果，除車禍有相關性，另其本身所罹患之肝病也有相關性，一般來講我們（法醫）寫死亡結果，不會完全排除掉另外一個，因為被害人最後死亡時，肝病及車禍所造成之傷害結果都存在。被害人於本件車禍之後、死亡之前，存有中樞神經神損之受傷，被害人在車禍受傷住院時，有一個頭部外傷，而且這個頭部外傷是不可復原的，是時葛氏指數是4分，情況相當嚴重，就如同白菜一樣，整個昏迷，沒有自主能力。正常人滿分是15分，5分以下很少開刀，3分就是接近死亡，但我比較驚訝被害人在車禍後2、3天又再開刀，可能認為被害人還年輕，還可以救回，才進行開顱手術，清除血塊；經斷層檢查結果是「蔓延性蜘蛛膜下腔出血於雙側額葉頂葉區、基底區及雙側小腦矢狀迴旁區，與腦幹旁前池」，已經下到顳頂葉，然後基底幹，這個地方比較危險，旁邊已經有積血了，這個地方才是最危險的地方；被害人有插管，氣管切開後久了以後，就很容易吸入性肺炎敗血症死亡，我們最怕就是吸入性肺炎，肺炎程度會比一般單純肝癌要嚴重，雖然被害人罹患肝癌，且肝癌最後亦常見有肺炎情事，2者相互影響，但主要看被害人有無生活能力，一直躺在床上，呼吸很多的痰排不出來，就很危險。本件被害人死亡之因素，除了本件被害人之死亡結果，除了大安醫院所載之2項原因（車禍合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血術後併臥床、肝癌）外，無其他原因介入，但最終之結果仍是肺炎所致。肺炎程度會比一般單純肝癌要嚴重。依據被害人肝癌分期，平均存活是29個月，而本件被害人死亡時距診斷罹患肝癌為26個月，雖符合肝癌之死亡過程，但仍有可能係因本件車禍而使被害人死亡結果往前等語（見本院前

審108年度重交上更二字第32號卷第282-299頁）。是依鑑定人蕭開平之認定，同認被害人因本件車禍事故所造成之腦室出血及蜘蛛膜下腔出血等傷害，造成全然喪失自主能力，呈現意識障礙狀態，此外更因插管、氣切而長期臥床，而極易且亦確實造成本見被害人發生反覆性肺炎，終而生死亡之結果，且雖被害人原即罹患肝癌，此亦僅使被害人死亡之結果加速往前發生，而非據此排除被害人因本件車禍所受傷害，因而長期臥病在床、反覆感染生病，更因病致死之因果關係。

⑵另本院前審為釐清被害人之「硬腦膜下腔積水」是否為本件車禍事故所造成？是否係導致被害人死亡結果之原因？（此業經法醫研究所函覆補充說明及鑑定人蕭開平到院證述被害人之「硬腦膜下腔積水」非為本件車禍事故所造成，亦與被害人之死亡結果無涉，已如前述）、若排除被害人罹患癌症之因素，被害人因本件車禍所生傷勢，依照符合常規之治療程序其治癒恢復之可能性與程度為何？又若排除被害人本次車禍受傷之因素，被害人104年8月之存活機率為何？等情，將相關卷宗及外放病歷資料送請國立臺灣大學醫學院鑑定，經該醫學院審酌上開資料，而於107年5月28日以（107）醫密字第1195號函檢附鑑定（諮詢）回覆書，該回覆書除為案情摘要外，並載述鑑定意見：一、依據東元醫院所提供103年9月6日的頭部電腦斷層結果顯示，被害人有「硬腦膜下腔積水」形成，但由於此「硬腦膜下腔積水」在頭部電腦斷層結果顯示為極低密度反應，應非本件車禍所造成。但其「硬腦膜下腔積水」左右2邊對稱，且厚度小於1公分，所以和被害人死亡無關。被害人意識不清主要是因為由於此次車禍造成頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，造成其長期臥床，多次吸入性肺發炎。死亡結果為意外。二、被害人此次車禍所造成的傷勢，身體狀態不可能恢復，很可能終身臥床，最後因反覆感染或相關併發症而死亡。被害人若未發生車禍，根據前述肝癌之病情，雖在東元

醫院所接受之電腦斷層檢查疑似有腎上腺轉移，但該次電腦斷層檢查未使用顯影劑，故無法確診。若根據長庚醫院病歷，被害人的肝癌，根據巴塞隆納的肝癌分期為B，根據文獻回顧其從發病到死亡時間平均為29個月（17.2-34.3個月），但每個人差異很大，且被害人死亡前最後一次住院，住院當時的肝功能和103年8月最後一次因肝癌住院比較，並無明顯惡化，若無發生車禍意外，104年8月很可能存活」等語（見本院106年度交上更㈠字第1號卷第98頁）。是以，經國立臺灣大學醫學院鑑定後，認定本件死亡結果為意外所致，且若無發生車禍意外，被害人於104年8月很可能存活。然因上開鑑定回覆書所載案情摘要，對於被害人自長庚醫院出院後數度進出醫院至死亡之診斷、治療情形僅為簡短記載，此外，長庚醫院104年9月9日函文及該醫院出具診斷證明書之記載，被害人住院期間經診斷為呼吸衰竭（用呼吸器併做氣管造口）、肺炎、肝癌、肝硬化、糖尿病、慢性胰臟炎、右側氣胸及頭部外傷，並接受肺炎控制治療後，於104年4月2日出院（見本院104年度交上訴字第121號卷第97頁），其出院診斷證明書醫囑欄記載則為「目前病患仍存有認知功能障礙，日常生活無法自理，需人從旁照顧，無工作能力」（見本院104年度交上訴字第121號卷第85頁），該院於國立臺灣大學醫學院鑑定後之108年12月12日函文再謂：依病歷記載，賴正雄為外傷性顱內出血，意識障礙，慢性呼吸衰竭經氣切，併肝癌，肝硬化，糖尿病，貧血之病人，因反覆性肺炎住院接受抗生素與氧氣治療，『出院時病況已相對穩定』」（見本院108年度重交上更二第32號卷㈠第151頁）（此部分業經長庚醫院於110年10月7日再以長庚院林字第1100850902號函，函覆本院稱該「出院時病況已相對穩定」係指被害人已結束肺炎治療，且其生命徵象穩定，惟其之「顱內出血及意識障礙」仍存在；本院卷第177頁）；另大安醫院於國立臺灣大學醫學院鑑定後之108年11月21日亦以函文記載，被害人分別於104年4月4日至4月16日、5月29

日至6月17日、6月29日至7月29日三度入院治療，入院時均有意識模糊之狀況，惟大安醫院第三次（6月29日至7月29日）住院診斷時，已無如前二次住院診斷時有肺炎症狀之記載（見本院108年度重交上更二第32號卷㈠第99頁），大安醫院出具之死亡證明書關於死亡之原因亦未提到肺炎（見本院104年度交上訴字第121號卷第76頁），且依大安醫院上述函文所附第一、二、三次大安醫院住院期間之全民健康保險出院病歷摘要所載，第一、二次大安醫院出院病歷摘要之「體檢發現」欄皆記載賴正雄「神智concious：清醒awake（+）」，僅第三次大安醫院出院病歷摘要「體檢發現」欄記載為「神智concious：模糊drowsy（+）」（見108年度重交上更二第32號卷第101至117頁）（此部分業經大安醫院於110年8月16日以安管字第1100000098號函，函覆本院稱：被害人第一次入院時，雖清醒（awake)眼睛可睜開，但並不能有效溝通，至104.04.16之出院護理計畫上呈現嗜睡(GCS：E3M2VT)，成因為肺炎、肝硬化及肝癌。104.05.29第二次入院時，急診記錄記載意識E4M5VT是清醒(awake)，但後來情況變差，於104.06.08之會診單，意識變差成E4M2VT無法有效溝通，104.06.15之安寧照護單上亦載明意識不清，疾病惡化，成因為肝癌、肝惡化嚴重且有肺炎。104.06.29第三次住院，診斷為肝癌末期、糖尿病、泌尿道感染，並未有肺炎診斷〈大安醫院於此雖稱第三次住院時無肺炎診斷，然依卷附大安醫院出具之診斷證明書，於醫囑部分說明病人因急性呼吸衰竭、其他革蘭氏陰性細菌所致之肺炎，於104年6月29日本院住院，於104年7月29日死亡，是以被害人於第3次住院期間，仍有經診斷肺炎，而受治療情事，本院卷第95頁〉，期間執行安寧療護，病人於104.07.29過世，是因急性呼吸衰竭，前行原因為肝癌、肝硬化，但之前因腦出血併臥床，致多次肺炎亦為前導原因之一。原發性肝惡性腫瘤，原因應為B型肝炎，與「顱內出血、併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血、術後臥床」為兩個獨立事件，應無關聯（見本院卷

第151頁），並再於110年9月14日以安管字第110000008號函，函覆說明：「GCS(1):E3M2VT是指聽到呼喚會睜眼，對疼痛刺激呈手臂伸直僵硬反應，因氣切管故無從判斷可否發聲。E4M5VT是指能主動睜開眼睛，疼痛刺激時可定位出疼痛位置，並有目的去除疼痛刺激行為，因氣切管故無從判斷可否發聲。E4M2VT是指能主動睜開眼睛，對疼痛刺激呈現手臂伸直僵硬反應，因氣切管故無法判斷可否發聲。第二次住院之「awake」意指眼睛能自主張開，不表示能有效溝通。就本院而言：(1)「清醒」意指病人神智清楚，能聽懂別人說話。(2)「有效溝通」意指病人能用語言或肢體與他人表達自己的想法。(3)「意識模糊」表示無法表達個人意思，也無法聽懂他人話語）」；而東元醫院於國立臺灣大學醫學院鑑定後，亦於108年11月27日以函文並檢附出院病歷摘要，表示被害人曾於104年4月17日至同年5月22日至東元醫院住院治療，其入院診斷為「liver cirrhosis,hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」（似有肝硬化，肝癌併發肝性腦病變），出院診斷為「liver cirrhosis,diffuse hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」（似為肝硬化，瀰漫肝癌併發肝性腦病變）（見108年度重交上更二第32號卷重交上更二卷㈠第133頁）等，均為前開臺大醫院鑑定回覆書所未參酌，為臻鑑定完備，本院再將全案卷證資料及全數病歷，送請國立臺灣大學醫學院補充鑑定，請該醫學院說明：㈠本次補充鑑定結果與上開107年5月28日（107)醫秘字第1195號函之鑑定（諮詢）案件回覆書意見是否相同或有所更易，理由為何？㈡又被害人曾經診斷有肝癌、酒精性肝硬化之病症，若依據其車禍後各次住院、出院之診斷、病歷記載，該等病症是否影響前開鑑定（諮詢）案件回覆書意見所稱「意識不清」、「（被害人賴正雄）意識不清主要是因為由於此次車禍造成頭部外傷所引起顱內出血合併腦出血及蜘蛛膜下腔出血，造成其長期臥床，多次吸發炎。死亡結果為意外」之結論及理由？經該院於111年3月

3日以醫字第1110013433號函檢附「鑑定(諮詢)案件回覆書」，說明鑑定意見為：㈠根據檢送之11宗卷宗以及大安醫院、東元醫院、林口長庚紀念醫院、桃園長庚醫院被害人賴正雄之急診病歷、出院病歷摘要、病歷或病歷光碟，被害人賴正雄意識不清，主要起因為車禍造成頭部外傷，引起顱內出血合併腦室出血，車禍後長期臥床，呼吸器依賴，自林口長庚轉至桃園長庚醫院，仍反覆肺炎，104年4月2日桃園長庚醫院出院後，又於104年4月4日因肺炎診斷住院至4月16日，104年4月17日因肺炎併敗血性休克診斷住院至5月22日，104年5月29日因細菌性肺炎診斷住院至6月17日，104年6月29日最後一次於大安醫院住院，出院診斷為肝及肝內膽管惡性腫瘤、泌尿道感染、糖尿病及全身性抽蓄癲癇，於104年7月29日死亡。被害人於車禍前已診斷肝癌，103年8月最後一次住院，肝癌診斷依巴塞隆納的肝癌分期(Barcelona Clinic Liver Cancer(BCLC)Classification為B，TNM分期為第二期(T2N0M0)，103年8月18日胸部電腦斷層結果為雙側肝臟多個腫瘤，車禍後多次追蹤肝指數，與103年8月最後一次因肝癌住院比較，並無明顯惡化，而肝臟影像紀錄中，103年9月15日胸部電腦斷層顯示肝內多顆腫瘤，肺部灌洗之病理報告顯示無腫瘤細胞轉移，103年10月8日腹部骨盆腔電腦斷層顯示肝硬化及門脈高壓，疑似肝腫瘤，右側骨盆側壁腫塊及左上肺結節，疑似轉移。104年4月20日腹部超音波顯示雙側肝內瀰漫性腫瘤、少量腹水，配合抽血資料，CMd-Pugh分級為B，與103年8月住院比較無明顯惡化，但無進一步的肝臟影像學報告。一般而言肝癌是否惡化至患者死亡之程度，和患者肝功能是否能維持、是否有遠端轉移有關，單用影像檢查，而肝功能相關抽血數值沒有明顯變化的情況下，難謂腫瘤直接惡化導致被害者死亡。104年6月29日至7月29日住院紀錄中，被害人痰液及尿液培養均有細菌感染，胸部X光顯示雙下肺間質性浸潤，後不幸死亡。104年7月29日大安醫院開立死亡診斷書：「甲、急性呼吸衰竭，乙、顱內出

血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血術後併臥床，丙、原發性肝惡性腫瘤。」被害人雖原有肝癌，但若無發生車禍意外，不會長期臥床、出現反覆感染，導致全身營養狀態、肌肉狀態及其他身體防禦感染功能喪失，使得腫瘤無法繼續獲得詳細檢查及治療，上述車禍所導致的後果都可能加速病人的死亡。依文獻指出，若按照被害人車禍前之惡性腫瘤分期，104年7月29日可能存活，最後死者死於肺炎，此併發症多和長期臥床並使用呼吸器有關，而會臥床之起始原因為車禍，縱使惡性腫瘤有惡化，也和車禍導致臥床以至於無法持續治療很可能有關，根據車禍前最後一次就醫之病歷記載，被害人出院後預計於門診持續追蹤，但車禍發生後，雖林口長庚醫院檢查疑似腫瘤有轉移，卻表示被害人車禍後病況不穩，暫無法再行惡性肝腫瘤之治療，代表若無發生車禍，被害者很可能可以繼續接受惡性腫瘤治療，且被害人生前最後抽血報告顯示即使有腫瘤，肝功能卻無明顯惡化，因此，本鑑定單位認為被害人死因為甲、肺炎，乙、長期臥床，丙、外傷性顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，其他對於死亡有影響之疾病為肝癌，死亡方式為意外。㈡被害人賴正雄於103年9月6日車禍前意識清楚，車禍後頭部電腦斷層顯示多處顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，並於之後數次住院期間，意識從未回復清楚(clear)狀態，104年3月9日自林口長庚醫院轉至桃園長庚醫院前，病程紀錄仍保持「意識障礙，傾向外傷性腦傷導致，不傾向肝性腦病變」，之後多次住院紀錄，也意識也無恢復。依據車禍後各次住院、出院之診斷、病歷記載，被害人癌症診斷、肝功能等相關抽血檢查數據，與103年8月最後一次因肝癌住院比較，並無明顯惡化。一般而言肝硬化所引起的肝腦病變，患者的意識會隨病情改變而有所波動，被害人原為意識清楚且行動正常之人，但自車禍發生後，意識狀態明顯惡化且無法自我照顧，因此，車禍與意識不清之因果關係較為明顯，如長庚醫院出院病歷所載「意識障礙，傾向外傷性腦傷導致，不傾向肝性腦

病變」。且被害人104年6月29日最後一次住院，住院，肝指數均無明顯惡化，故其意識不清難謂肝癌急性惡化之結果，較傾向頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，造成其長期臥床，併發多次感染，最終因肺炎之併發症死亡，其他對於死亡有影響之疾病為肝癌，死亡方式為意外等語（見本院卷第201-209頁），此等鑑定意見亦與本院上開認定：被害人因車禍造成頭部外傷致顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血等傷害，以致其上開期間意識不清、無法自我照顧而長期臥病在床，併發多次肺炎，反覆治療，此條件足以造成急性呼吸衰竭而致死亡結果，縱因本身罹患肝癌，此條件僅係造成體力衰竭，免疫力低下，無法單獨造就被害人104年7月29日之死亡結果，況被害人係因本件車禍事故至其中斷肝癌治療所致，不得以肝癌最終仍導向死亡而倒果為因遽以排除本件車禍致死之相當因果關係之結論相符。

㈤法醫研究所（104）醫文字第1041104852號法醫文書審查鑑定書之綜合意見研判、106年7月25日法醫理字第10600031890號函之補充鑑定研判意見及鑑定人蕭開平於本院前審證述，所指本件被害人死亡之主要原因為肝癌所致，無足作為有利於被告之認定依據：

1.法醫研究所（104）醫文字第1041104852號法醫文書審查鑑定書之綜合意見研判說明：被害人尚屬壯年期，頭部傷勢尚屬輕微，因事後審查，其傷勢尚為一般人同樣情況與條件下，應有一定恢復程度；被害人在車禍前應即患有肝癌，肝細胞癌病症併凝血功能障礙（coagulopathy），雖接受腫瘤栓塞術後肝臟內有多個腫瘤存在，並且懷疑支氣管內徑腫瘤轉移並造成阻塞性肺泡性肺炎、癌細胞轉移之可臆斷等，均可加重頭部受傷後凝血功能不全延遲、延滯傷勢恢復病程。主要仍有雙側硬腦膜下腔積水之慢性病症，亦支持大腦皮質萎縮，故車禍確有造成腦挫傷併發顱內出血，研判車禍與事故有其相關性，但缺乏車禍與死亡之直接相關性。因為單獨

肝癌可形成肝衰竭、代謝性衰竭，即可成為主要死因，而依據病情發展，死者之死亡責任肝癌及原有硬腦膜下腔積水與死亡之相關性，尚要擔負著死亡之部分責任等語（見104年度交上訴字第121號卷第143頁反面、第144頁）。上開鑑定結果，既認為車禍確有造成賴正雄之腦挫傷併發顱內出血，研判車禍與死亡事故有其相關性，又認為缺乏車禍與死亡事故之直接相關性，且被害人之自身因素除肝癌外，又另增列原有之硬腦膜下腔積水，亦與上開大安醫院之死亡證明書及相關說明不符。本院前審就此再函詢上開鑑定單位結果，則認為：被害人由住院至死亡有連續性，無中斷性之因果關係，雖因車禍受傷未具致命傷，但車禍（應為「死亡」之誤）其導因仍為車禍，故死亡方式認定為「意外」，硬腦膜下腔積水應為老年化大腦皮質自然萎縮造成之結果，一般若有明顯外傷性、挫傷性出血包括硬腦膜下腔出血、或是嚴重蜘蛛網膜下腔出血，一般會造成硬腦膜下腔出血，而非積水（見本院106年度交上更㈠字第1號卷第61頁背面）。而鑑定人蕭開平於本院前審亦到庭證述硬腦膜下腔積水與車禍無涉，係被害人本身腦萎縮所造成等語，顯見法醫研究所審查鑑定書關於被害人死亡原因之綜合意見研判，立論點已有疏誤。

2.而法醫研究所補充鑑定研判意見雖亦主張受傷時被害人為接近滿45歲之壯年，依據排除法則，若無肝硬化併肝癌病變，在同樣情況與條件下，在103年9月6日發生車禍造成頭部外傷及鎖骨骨折，在104年7月29日應尚能復原存活。再依據排除法則，若無交通事故造成頭部外傷等，則單就肝硬化併肝癌病變應足以在104年7月29日造成主要死亡之原因與結果等語（見本院106年度交上更㈠字第1號卷第61頁背面）。惟徵以上開法醫研究所法醫文書審查鑑定書及補充鑑定研判意見，均未能完整審酌東元醫院、大安醫院、長庚醫院於其後所檢附被害人完整之就醫紀錄，且依據法醫研究所之補充鑑定說明，係逕將被害人本身所罹患之肝癌及車禍之傷勢區分

研判，未能充分審酌被害人原雖經診斷肝癌，已接受6次肝癌經動脈栓塞治療，預計後續門診持續追蹤，且原為一意識清楚，有行為能力之人，係因車禍後呈現意識障礙，且插管使用呼吸器及氣切，以致於長期臥床，出現反覆肺炎感染，導致全身營養狀態、肌肉狀態及其他身體防禦感染功能喪失，更使得肝癌無法繼續獲得詳細檢查及治療，亦即肝癌治療係因本件車禍受傷而中斷等節，而以單純車禍事故可能存活、肝硬化及肝癌病變足以肇致死亡之排除法則論斷單純本件車禍致傷與死亡結果無相當因果關係，容有疑義。

3.至鑑定人蕭開平於本院前審審理時證述其認為本件造成被害人死亡之最主要因素為肝癌等語，然徵諸鑑定人蕭開平之證述：我依被害人之電腦斷層判斷，查知被害人有酒精性肝硬化，有異於一般肝癌，但肝癌可能還是因為酒精性的肝硬化所造成的，一般而言，肝癌之存活時間平均為29個月，依此計算被害人之預期死亡時間是104年4月1日，事實上被害人於104年7月29日死亡，真正的平均餘年差不多就是跟著肝癌走，所以我覺得被害人主要死亡原因是因為肝病等語（見本院108年度重交上更二第32號卷㈠第288至289頁），顯見鑑定人蕭開平係以被害人自發現肝癌等病灶後，至本件發生死亡結果時之期間，符合肝癌病人之一般存活餘年，而認被害人死亡之最主要因素為肝癌，其就本件死亡結果原因之論斷證述，同未併予審究被害人原雖經診斷肝癌，已接受6次肝癌經動脈栓塞治療，預計後續門診持續追蹤，且原為一意識清楚，有行為能力之人，係因車禍後呈現意識障礙，且插管使用呼吸器及氣切，以致於長期臥床，出現反覆肺炎感染，導致全身營養狀態、肌肉狀態及其他身體防禦感染功能喪失，更使得肝腫瘤無法繼續獲得詳細檢查及治療，亦即肝癌治療係因本件車禍受傷而中斷等節，逕以被害人之死亡時間符合肝癌之存活餘年，而認定被害人之死亡應與肝癌相關，認定基礎尚與客觀事證有間。

㈥辯護人雖另為被告辯護稱被害人於104年2月21日、3月18

日、4月17日、5月15日、6月29日入院隔日之血液中氨值均遠超出標準值，而醫學上血液中氨值超標為臨床判斷「肝昏迷」導致意識不清之指數，顯現係被害人因肝癌導致肝昏迷併使意識不清，而非因顱內出血之腦傷所致，況被害人於103年12月4日後即無頭部電腦斷層掃描、自104年4月4日後至104年7月29日三度至大安醫院入院期間亦無顱內出血診斷，被害人最終急性呼吸衰竭之先行原因係意識不清，係其自身肝癌所生之肝昏迷所致，與本案車禍無關云云。惟依據前開臺灣大學醫學院參酌全案卷證暨病歷、診斷證明書後，依其醫學專業判斷，所為之鑑定（諮詢）案件回覆意見，認「被害人於車禍後，多次追蹤肝指數，與103年8月最後一次因肝腫瘤住院比較，並無明顯惡化，肝腫瘤是否惡化至患者死亡之程度，和患者肝功能是否能維持、是否有遠端轉移有關，肝功能相關抽血數值沒有明顯變化的情況下，難謂腫瘤直接惡化導致被害者死亡；被害人賴正雄於103年9月6日車禍前意識清楚，車禍後頭部電腦斷層顯示多處顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，並於之後數次住院期間，意識從未回復清楚(clear)狀態，104年3月9日自林口長庚醫院轉至桃園長庚醫院前，病程紀錄仍保持『意識障礙，傾向外傷性腦傷導致，不傾向肝性腦病變』，之後多次住院紀錄，也意識也無恢復。依據車禍後各次住院、出院之診斷、病歷記載，被害人賴正雄癌症診斷、肝功能等相關抽血檢查數據，與103年8月最後一次因肝癌住院比較，並無明顯惡化。一般而言肝硬化所引起的肝腦病變，患者的意識會隨病情改變而有所波動，被害人原為意識清楚且行動正常之人，但自車禍發生後，意識狀態明顯惡化且無法自我照顧，因此，車禍與意識不清之因果關係較為明顯，如長庚醫院出院病歷所載『意識障礙，傾向外傷性腦傷導致，不傾向肝性腦病變』。且被害人104年6月29日最後一次住院，肝指數均無明顯惡化，故其意識不清難謂肝癌急性惡化之結果，較傾向頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，造成其長期臥

床，併發多次感染，最終因肺炎之併發症死亡，其他對於死亡有影響之疾病為肝癌，死亡方式為意外」等語，已明確指出被害人於死亡時，肝功能相關抽血數值沒有明顯變化、肝腫瘤並未直接惡化，被害人死亡結果之直接原因仍為車禍意外，造成頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，因而長期臥床，意識障礙、併發多次感染，最終因肺炎併發症所致。故縱被害人於104年4月17日至同年5月22日至東元醫院住院治療，其入院診斷為「liver cirrhosis, hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」（似有肝硬化，肝癌併發肝性腦病變），出院診斷為「liver cirrhosis,diffuse hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」（似為肝硬化，瀰漫肝癌併發肝性腦病變），亦僅屬依其是時意識狀態暨肝癌舊疾而為之片面「臆斷」，而非依被害人之全部就醫病歷為綜合判定，而臺灣大學醫學院鑑定（諮詢）案件回覆意見，雖未列出上開東元醫院之論斷意見。惟已審究並明確載述「故其意識不清難謂肝癌急性惡化之結果，較傾向頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血」。又被害人於103年9月6日因車禍造成頭部外傷，引起顱內出血合併腦室出血，送院時昏迷指數為4分（滿分為15分），而於103年9月7日接受開顱手術清除血塊，此後即長期臥床且呈現意識障礙情狀。復佐以前開鑑定人蕭開平之證述：被害人在車禍受傷住院時，有一個頭部外傷，而且這個頭部外傷是不可復原的，是時葛氏指數是4分，情況相當嚴重，就如同白菜一樣，整個昏迷，沒有自主能力。正常人滿分是15分，5分以下很少開刀，3分就是接近死亡，但我比較驚訝被害人在車禍後2、3天又再開刀，可能認為被害人還年輕，還可以救回，才進行開顱手術，清除血塊等語，是以被害人因本次車禍所造成之顱內出血等腦傷，縱開刀清除血塊，事實上係無可復原，此參諸被害人自車禍禍意識均處於障礙狀態即明，是以被害人於開刀清除腦內血塊，控制顱內出血後，就此部分即無再以頭部電腦斷層

掃瞄或診斷「顱內出血」之必要。再依卷內被害人於長庚醫院就醫之病歷資料顯示，被害人於車禍事故前，仍於意識清楚狀態下，於102年10月11日、14日、17日、19日，抽血測得血氨值已有分別高達213、179、196、101之超標等情，嗣發生本件車禍後，被害人始陷於意識障礙狀態，且始終未回復為清楚（clear）狀態，故縱日後被害人於長期臥床、出現反覆肺炎感染後，血液氨值數據超標，或有肝昏迷之臆斷，亦未中斷被害人因本件車禍所致之意識障礙狀態。況依卷附東元醫院出院病歷摘要所示，被害人於104年4月間所測得之血氨值，有處於標準範圍內之情（見本院108年度重上更二字第32號卷第135頁），而此際被害人仍處於意識障礙狀態，益臻被害人確係因本件車禍而生長期意識障礙狀態，非因辯護人所指因因肝癌而生肝昏迷、血氨值過高而意識不清云云。基此，辯護人之上揭辯護意旨，均無足做為有利於被告之認定依據。

㈦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。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，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、109年度台上字第404號判決意旨參照）。是以，刑法上加重結果犯之客觀可預見性，係以事後、客觀第三人之立場觀察，而其判斷之標準，僅以一般生活經驗輔以自然科學基礎，如前階段行為對於加重結果之發生，已有相當危險性、可能性，而非偏離常態僅屬特例或偶然發生者，即可認定具有客觀之可預見性。刑法除第277條第2項之傷害致死罪屬加重結果犯以外，刑法第185條之3第2項之吐氣酒精濃度達每公升0.25毫克以上駕駛動力交通工具，因而致人於死或重傷罪，同屬加重結果之犯之立法例，而該罪對於死亡結果之客觀可預見性，亦僅以一般人之生活經驗，酒後駕駛動力交通工具，因注意力無法集中，肇生車禍事件而致人死傷之可能性提高為已足，可見加重結果犯之客觀可預見性，其範圍遠大於行為人主觀之可預見性，亦即以事後第三人之立場觀察，只要加重結果之發生並未偏離常態或違反一般生活經驗，即可構成，此種立法模式之目的，即在透過事後、客觀之刑法評價，課以危險前行為加重之刑責，以達充分保護生命、健康法益之目的，因而本件關於客觀可預見性之判斷，當以加重結果之發生，具有一般常理性，合乎生活經驗及自然科學法則，而非偶然發生為已足。一般人於飲用酒類後，在客觀上應能預見於飲酒後駕車上路，因精神不佳及注意力、反應力、操控力均降低，極易導致車禍發生，危及其他用路人之身體、生命安全，造成受傷或死亡之結果，此係一般人所能知悉且客觀上所得預見之事。被告行為時係成年人，為具有正常智識及社會經驗之人，其客觀上應可預見酒醉駕車若發生交通事故，可能導致他人死亡之結果，其主觀上雖未預見亦無致賴正雄死亡之故意，惟仍於飲酒後騎乘機車上路，嗣於行車途中因酒後判斷及操控車輛之能力降低、未注意車前狀況而肇事，終致賴正雄死亡，其就酒醉駕車肇

事而致被害人傷亡，確有客觀可預見性。而被害人因發生本件車禍意外，造成頭部外傷，引起顱內出血合併腦室出血，雖接受開顱手術清除血塊，然於之後數次住院期間，意識從未回復清楚(clear)狀態，而長期臥床，呼吸器依賴及氣切、出現反覆感染，導致全身營養狀態、肌肉狀態及其他身體防禦感染功能喪失，最終因肺炎之併發症，急性呼吸衰竭死亡，就此死亡加重結果之發生，本件車禍事故具有相當性及必然性，並非偶發事故，亦足致發生死亡結果。至被害人雖原罹患肝癌，惟根據車禍前最後一次就醫之病歷記載，被害人預計門診持續追蹤，因車禍發生後病況不穩，無法續行治療，且車禍後多次追蹤肝指數，與103年8月最後一次因肝癌住院比較，並無明顯惡化，肝功能非不能維持，縱因此有體力低下情事，亦僅造成被害人加速死亡，未使被害人因本件車禍受傷與其死亡結果之因果歷程，發生重大偏離，被害人因本次車禍所受之傷勢，仍能獨自發生死亡之結果，因果關係歷程持續未中斷，被告之過失肇事行為，與最終被害人因車禍成傷、最後因傷致死之結果間，確有相當因果關係存在。

㈧調查證據與否之說明：

1.被告及辯護人主張⑴上開法務部法醫研究所之鑑定及鑑定人蕭開平之證述，多有利於被告，故應將本件全數病歷與資料再次送往法務部法醫研究所，更應請鑑定人蕭開平及東元醫院說明被害人於104年4月17日東元醫院入院診斷載有：「Liver cirrhosis,hepatoma complicated with hepatic encephalopathy」，入院時氨值為152umol/L、住院期間5月15日時為169umol/L、同年5月18日時為105umol/L;104年5月22日出院診斷載有：「Liver cirrhosis,diffuse hepatoma complicated with hepatic encephalopathy…」，是否指被害人於104年4月17日至5月22日於東元醫院入院期間係因被害人自身之「肝硬化，瀰漫性肝癌併發肝性胭病變（即肝昏迷）而致意識不清，且斯時肝癌便已數度惡化至屢屢昏迷臥

床不起之情事？又被害人於104年6月30日於大安醫院入院後，檢測時血液中氨值高達176umol/L，是否被害人於104年6月29日於大安醫院入院時係因被害人自身之「肝硬化，瀰漫性肝癌併發肝性腦病變(即肝昏迷），致被害人意識不清？而被害人於104年4月4日至同年7月29日三次於大安醫院入院一次於東元醫院入院，均無任何就頭部傷勢為治療，亦無為任何頭部電腦斷層檢查，是否得茲推斷被害人於104年7月29日因意識不清致引發吸入性肺炎呼吸衰竭而死亡之結果，該等「意識不清」確係導因其自身之「肝性腦病變（即肝昏迷）」，而與系爭車禍事故無關？⑵被害人自103年12月4日為頭部電腦斷層掃描檢查後，直至104年7月29日死亡時再無任何頭部檢查，應向國立臺灣大學醫學院函詢並請鑑定人到庭說明如何認定被害人後續意識不清仍持續與「顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血」有關？被害人於104年4月2日自長庚醫院出院時經診斷病情穩定，出院日（前24小時)生命徵象穩定，體溫37.5以下、血壓、呼吸及心跳速率正常等狀況，故經主治醫師許可辦出院，是否可說明其顱內出血等情況已好轉？被害人之數次血液中氨值均超標，且自104年4月4日至104年6月29日四度入院均載有因「肝癌」入院，其中東元醫院入院更均有載明「肝硬化、肝癌併發肝性腦病變」、「肝硬化，瀰漫肝癌併發肝性腦病變」，被害人後續意識障礙是否與其肝性腦病變有關？可否判斷被害人有因肝癌導致肝性腦病變，並有肝昏迷之情形？血液中氨值遠超出標準值醫學上係何種病徵？被害人如無上開肝癌等病徵，是否應無持續意識不清之情形?倘無持續意識不清，是否於104年7月29日不致發生死亡結果？大安醫院110年8月16日安管字第1100000098號函載明被害人賴正雄於三次入院期間之意識不清均為「肝癌、肝硬化」造成而與顱內出血無關，與鑑定機關鑑定意見書明顯矛盾，應如何說明與理解？⑶大安醫院函覆稱被害人住院期間意識不清均為「肝癌、肝硬化」造成而與顱內出血無關，卻於函文末尾稱「但之前因

腦出血併臥床，致多次肺炎亦為前導原因之一」，係何以判斷被害人於104年4月4日後至7月29日間臥床與顱內出血有關？倘與車禍顱內出血無關，則此段期間被害人意識不清是否係肝昏迷所致？即被害人104年7月29日因意識不清致多次吸入性肺炎致呼吸衰竭，是否係肝癌末期所生肝昏迷造成，而與103年9月6日車禍之顱內出血無關？等節。

2.按當事人、代理人、辯護人或輔佐人聲請調查之證據，法院認為不必要者，得以裁定駁回之。下列情形，應認為不必要：一、不能調查者。二、與待證事實無重要關係者。三、待證事實已臻明瞭無再調查之必要者。四、同一證據再行聲請者，刑事訴訟法第163條之2定有明文；次按刑事訴訟法所稱依法應於審判期日調查之證據，係指與待證事實有重要關係，在客觀上顯有調查必要性之證據而言，其範圍並非漫無限制，必其證據與判斷待證事實之有無，有具關聯性，得據以推翻原判決所確認之事實，而為不同之認定，若僅枝節性問題，或所證明之事項已臻明確，或就同一證據再度聲請調查，自均欠缺其調查之必要性，未為無益之調查，無違法可言（最高法院108年度台上字第3903號判決意旨參照）。經查：

⑴本案前已經法醫研究所為鑑定、補充鑑定、鑑定人蕭開平到庭證述暨臺灣大學醫學院為鑑定、補充鑑定，先予敘明。

⑵就東元醫院入院診斷、被害人於車禍後陷入意識障礙後之血液氨值數據，均無足排除被害人意識不清非因肝癌急性惡化，而係頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血所致，且其長期臥床，併發多次感染，最終因肺炎之併發症死亡之結果，業據本院認定如上，並經臺灣大學醫學院鑑定後為相同認定，此部分待證事實已明。

⑶被害人因本次車禍所造成之顱內出血等腦傷，縱開刀清除血塊，事實上係無可復原，此參諸鑑定人蕭開平之證述暨被害人自車禍後意識均處於障礙狀態即明，是以被害人於開刀清除腦內血塊，控制顱內出血後，就此部分即無再以頭部電腦

斷層掃瞄或診斷「顱內出血」之必要。而長庚醫院雖曾指被害人「出院時病況已相對穩定」，惟該院亦已於110年10月7日再以長庚院林字第1100850902號函，函覆本院稱該「出院時病況已相對穩定」係指被害人已結束肺炎治療，其生命徵象穩定，惟其之「顱內出血及意識障礙」仍存在，同據本院說明如前。

⑷大安醫院於110年8月16日以安管字第1100000098號函函覆本院，其中所指被害人於104年6月29日第三次住院，診斷為肝癌末期、糖尿病、泌尿道感染，並未有肺炎診斷，惟依卷附大安醫院出具之診斷證明書，於醫囑部分說明病人因急性呼吸衰竭、其他革蘭氏陰性細菌所致之肺炎，於104年6月29日本院住院，於104年7月29日死亡，故應認被害人於第3次住院期間，仍有接受肺炎診療，此同據本院論斷如前。而大安醫院函文另指被害人於104年7月29日過世，是因急性呼吸衰竭，肝癌、肝硬化暨因腦出血併臥床，致多次肺炎均為前導原因，並未直指被害人住院期間意識不清均為「肝癌、肝硬化」造成而與顱內出血無關。

⑸另如前所述，被害人原為意識清楚且行動正常之人，但自車禍發生後，意識狀態明顯惡化且無法自我照顧，且被害人104年6月29日最後一次住院，住院，肝指數均無明顯惡化，故其意識不清實非肝癌急性惡化之結果，而係頭部外傷所引起顱內出血合併腦室出血及蜘蛛膜下腔出血，造成其長期臥床，併發多次感染，最終因肺炎之併發症死亡。雖肝癌造成被害人體力不如常人而有低下情事，亦僅係促成死亡結果加速發生，而未造成本件車禍發生與死亡結果間之重大偏離。法醫研究所之鑑定及鑑定人蕭開平之證述，就被害人死亡原因之論斷依據，未能考量上情，以被害人罹患肝癌，本將肇致死亡結果、被害人死亡時間符合肝癌餘命時間，認定被害人之死亡結果主要與罹患肝癌有關，與相當因果關係之判斷有違。

3.是以，被告及辯護人所為調查證據之聲請，或待證事實已臻

明瞭，抑或同一證據再行聲請，無再行調查之必要。

四、綜上，本件事證已經明確，被告所辯尚非可採，應予論罪科刑。

參、論罪科刑：

一、新舊法比較：

被告前因酒後駕車公共危險案件，經檢察官於101年2月8日為緩起訴處分確定，有本院被告前案紀錄表可按，被告是於5年內再犯本罪。而被告行為後刑法第185條之3於108年6月19日修正公布，並於同年月21日生效施行，修正後係增定第3項「曾犯本條或陸海空軍刑法第五十四條之罪，經有罪判決確定或經緩起訴處分確定，於五年內再犯第一項之罪因而致人於死者，處無期徒刑或五年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑」之刑罰規定。修正前刑法第185條之3第2項則規定「因而致人於死者，處三年以上十年以下有期徒刑；致重傷者，處一年以上七年以下有期徒刑」。因被告行為已符修正後刑法第185條之3第3項規定之構成要件，其法定刑較修正前規定為重，自未有利於被告，依刑法第2條第1項前段規定，本件應適用行為時即修正前刑法第185條之3之規定論處。

二、又刑法第185條之3第2項乃對於酒駕行為而致人於死或重傷，分別處以較高刑責之規定，即對酒駕肇事致人於死傷行為獨立規範構成要件之情形，規定加重結果犯之刑罰。上開規定乃結合服用酒類不能安全駕駛動力交通工具而駕駛罪及過失致死罪之構成要件，以行為人對於基本（酒駕）行為有故意，對於加重結果（致死）部分有過失，始令負該加重結果之責，於實體法上給予實質上一罪之評價。加重結果犯之刑罰權既屬單一，非但在訴訟法上無從分割，即在實體法上亦無從割裂適用法律，其一行為在外觀上雖然觸犯數個罪名，然而僅能適用其中一個犯罪之構成要件而排除其他之構成要件，因其僅受一個犯罪構成要件之評價，故非犯罪之競合，而僅為單純一罪，則刑法第185條之3第2項自應優先於

同法第276條第1項過失致死罪而適用。

三、核被告上開所為，係犯修正前刑法第185條之3第2項前段之吐氣所含酒精濃度達每公升0.25毫克以上駕駛動力交通工具因而致人於死罪。檢察官起訴時賴正雄尚未死亡，故認被告所為係犯修正前刑法第185條之3第2項後段之酒後駕駛動力交通工具致人重傷罪，但公訴檢察官前此已就本件車禍導致賴正雄死亡之事實，於社會基本事實同一範圍內更正起訴法條（見本院108年度重交上更二第32號卷㈠第280頁），本院亦已當庭告知被告此部分所犯法條依據，自無庸變更起訴法條。又汽車駕駛人無照駕車、酒醉駕車、行經行人穿越道不依規定讓行人優先通行，因而致人受傷或死亡，依法應負刑事責任者，加重其刑至2分之1，道路交通管理處罰條例第86條第1項定有明文，而刑法第185條之3第2項後段將酒醉駕車不能安全駕駛之加重條件單獨抽離，並以加重結果犯之立法方式，使原本分別處罰之不能安全駕駛罪與過失致重傷罪結合規範為單一之條文，實質上加重其刑，則酒醉駕車之因素自無庸再予加重，且該條例屬刑罰效果之規定，應符合刑罰禁止雙重評價之法律適用原則，本件既已依刑法第185條之3第2項前段就行為人服用酒類不能安全駕駛動力交通工具而駕車，因而致人於死之犯行予以處罰，自無須再依前開條例所定酒醉駕車之規定加重其刑，均附此敘明。

肆、撤銷改判：

一、被告上訴否認有為吐氣所含酒精濃度達每公升0.25毫克以上駕駛動力交通工具因而致人於死犯罪，而僅承認致被害人為重傷，上訴意旨如同前揭貳、一、所載。

二、檢察官則依告訴人所請，以原審量刑過輕，不符罪刑相當原則為由提起上訴。

三、撤銷改判之理由：

原審以被告上開犯行事證明確，予以論科，固非無見。惟被害人係因車禍所致腦傷，以致其上開就醫期間意識不清而長期臥病在床，而多次吸入性肺發炎反覆感染，終致急性呼吸

衰竭而死亡，其本身所罹患之肝癌，雖使被害人體力衰竭免疫力低下容易感染，然僅加速被害人之死亡結果，並未使被害人因車禍受傷與死亡間之因果歷程產生重大偏離，已據認定如前述，原審未及審酌及此，認被告係犯吐氣所含酒精濃度達每公升0.25毫克以上駕駛動力交通工具因而致人重傷罪，容有未洽。被告上訴仍執前詞否認行為與死亡結果間之因果關係，並無理由，檢察官上訴意旨指摘及此，並認原審量刑過輕，則為有理由，應由本院將原判決此部分暨定應執行刑部分撤銷改判。

四、量刑：

爰審酌被告前於101年間，因酒後駕車之公共危險案件，經檢察官為緩起訴處分確定，於102年2月7日緩起訴期滿未幾，竟不知警惕，再為本次酒後駕車，甚至肇事致賴正雄死亡，造成無可彌補之傷害，且賴正雄前揭期間長期臥病在床，並反覆感染入出醫院接受治療，對其家屬所造成之身心損害甚大，被告犯後僅坦承酒駕致重傷犯行，並未就自己行為造成賴正雄死亡結果有所坦認，依告訴人所指仍未依民事判決所認定之賠償金額給付，但念及本件死亡結果，亦因賴正雄己身肝癌疾病而加速造成，兼衡被告高中畢業之智識程度、未婚無小孩之家庭狀況、擔任市場送貨員、無需負擔家計之經濟狀況等一切情狀，量處如主文第2項所示之刑。又被告駕車肇事後逃逸之行為亦經一併起訴，此部分已先行判決確定且已執行完畢，自無由本院就本件所宣告之刑合併定其應執行之刑而為無益勞費之必要（最高法院82年度第4次刑事庭會議決議㈢意旨參照）。

據上論斷，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，判決如主文。

本案經檢察官黃柏翔提起公訴，被告及檢察官邱宇謙提起上訴後，經檢察官劉俊杰到庭執行職務。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　5　　月　　25　　日

刑事第十六庭　審判長法　官　劉嶽承

法　官　王耀興

法　官　古瑞君

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　林君縈

中　　華　　民　　國　　111　　年　　5　　月　　25　　日

附錄：本案論罪科刑法條全文

修正前中華民國刑法第185條之3

駕駛動力交通工具而有下列情形之一者，處二年以下有期徒刑，得併科二十萬元以下罰金：

一、吐氣所含酒精濃度達每公升零點二五毫克或血液中酒精濃度達百分之零點零五以上。

二、有前款以外之其他情事足認服用酒類或其他相類之物，致不能安全駕駛。

三、服用毒品、麻醉藥品或其他相類之物，致不能安全駕駛。

因而致人於死者，處三年以上十年以下有期徒刑；致重傷者，處一年以上七年以下有期徒刑。