

01 臺灣高等法院民事判決

02 110年度醫上更一字第3號

03 上訴人 宋桂梅

04 宋賢文

05 宋桂珍

06 0000000000000000
上三人共同

07 訴訟代理人 林世超律師（上一人扶助律師）

08 被上訴人 丁良文

09 0000000000000000
張奕中

10 0000000000000000
方紹顯

11 0000000000000000
醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

12 0000000000000000
上一人

13 法定代理人 許國文

14 上四人共同

15 訴訟代理人 張又勻律師

16 吳振東律師

17 王清白律師

18 上一人

19 複代理人 陳淳文律師

20 上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，上訴人對於中華民國
21 106年2月9日臺灣宜蘭地方法院105年度醫字第1號第一審判決提
22 起上訴，並為訴之追加，經最高法院發回更審，本院於112年12
23 月5日言詞辯論終結，判決如下：

24 主 文

25 原判決關於駁回上訴人宋桂梅、宋賢文、宋桂珍後開第二項之訴

01 部分，暨訴訟費用之裁判均廢棄。

02 被上訴人丁良文、張奕中、方紹顯、醫療財團法人羅許基金會羅
03 東博愛醫院應連帶給付上訴人宋桂梅新臺幣壹拾玖萬零玖拾玖
04 元，及連帶給付上訴人宋賢文、宋桂珍各新臺幣壹拾伍萬元，並
05 均加計被上訴人丁良文、方紹顯自民國一〇四年十一月十九日
06 起，被上訴人張奕中自民國一〇四年十一月二十日起，被上訴人
07 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院自民國一〇四年十二月九
08 日起，均至清償日止，按年息百分之五計算之利息。

09 上訴人宋桂梅、宋賢文、宋桂珍之其餘上訴均駁回。

10 第一、二審（含追加之訴）及發回前第三審訴訟費用，由被上訴
11 人連帶負擔百分之二十，上訴人宋賢文、宋桂珍各負擔百分之二
12 十四，餘由上訴人宋桂梅負擔。

13 事實及理由

14 壹、程序方面：

15 按第二審訴之變更或追加，非經他造同意不得為之，但請求
16 之基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第446條第1項、
17 第255條第1項第2款定有明文。本件上訴人在原審依民法第
18 184條第1項前段、第188條第1項前段、第192條第1項、第
19 194條規定，請求被上訴人丁良文、張奕中、方紹顯（下單
20 單均逕稱姓名，合丁良文等3人）、醫療財團法人羅許基金
21 會羅東博愛醫院（下稱羅東博愛醫院，與上3人合稱被上訴
22 人）應連帶給付上訴人宋桂梅（下逕稱姓名）新臺幣（下
23 同）99萬1,394元本息，及上訴人宋賢文、宋桂珍（下單獨
24 均逕稱姓名，與宋桂梅合稱上訴人）各75萬元本息，嗣上訴
25 人上訴後，於本院前審追加依民國107年1月24日修正前醫療
26 法第82條第2項（下稱修正前醫療法第82條第2項）、民法第
27 224條、第227條第2項規定，為同上起訴聲明之請求，嗣於
28 本審調整為先位依民法第184條第1項前段、第185條第1項、
29 第188條第1項前段、第192條第1項、第194條規定，請求被
30 上訴人應連帶給付上訴人同上金額本息，備位依修正前醫療
31 法第82條第2項、民法第224條、第227條第2項規定，請求羅

東博愛醫院給付上訴人同上金額本息，經核其所為追加與原訴請求均本於主張被上訴人應就醫療行為過失促成其父宋景明提早發生死亡結果負損害賠償責任之同一基礎事實，與民事訴訟法第446條第1項但書及第255條第1項第2款規定相符，自應予准許。合先敘明。

貳、實體方面：

一、上訴人主張：伊父親宋景明於102年8月3日晚間因身體不適，經送至羅東博愛醫院就診，翌日住進該院胸腔內科病房，同年9月6日因呼吸情形惡化，持續低血氧飽和度，瀕臨呼吸衰竭，轉至加護病房，由醫師丁良文等3人輪班診療，於同年月17日宋景明經照護治療後病情有改善，詎羅東博愛醫院護理人員莊育函、林心怡（下稱莊、林2人），於該日下午16時5分許，照護協助宋景明翻身時，施力不當，造成宋景明左大腿股骨骨折，又丁良文等3人疏未診斷出宋景明罹患肺腺癌併肝與骨轉移，誤診為肺炎，且於宋景明骨折後，疏未為其開立預防消化性潰瘍藥物、未立即停用抗凝血藥物，加重宋景明病情，致其併發壓力性胃潰瘍，大量出血而嚴重貧血，於同年月21日下午17時5分許發生失血性休克，丁良文等3人將之誤診為骨折處出血，逾17小時後才找到出血點止血治療，錯失黃金治療期，復疏未慮及宋景明患有高血壓、充血性心臟衰竭、慢性腎臟疾病、慢性阻塞肺病、嚴重貧血等施打白蛋白禁忌病症，仍自同年月19日起為宋景明大量、密集施打白蛋白及大量輸血，並於同年月24、25日施打白蛋白時，疏未併用利尿劑，致宋景明循環容積負荷過重、心力衰竭、腎功能惡化，抵抗力更低，病情加速急遽惡化，誘發敗血性休克及多重器官衰竭，減縮其生命，於同年月29日晚間21時14分因敗血性休克併多重器官衰竭而死亡。羅東博愛醫院、丁良文等3人之醫療照護過失行為，加速宋景明病情惡化，與促成宋景明提早發生死亡結果間有相當因果關係，丁良文等3人應依民法第184條第1項前段、第185條第1項規定連帶賠償責任，羅東博愛醫院為丁良文等3

人之僱用人，應依同法第188條第1項前段規定連帶負賠償責任，或負同法第224條、第227條之給付不完全責任。宋桂梅因本件事故，為宋景明支出醫療費6萬5,394元、喪葬費用17萬6,000元，另伊3人遭此喪父之痛，精神上痛苦不堪，得各請求精神慰撫金75萬元。爰先位依民法第184條第1項前段、第185條第1項、第188條第1項前段、第192條第1項、第194條規定，請求被上訴人連帶給付宋桂梅99萬1,394元，宋賢文、林桂珍各75萬元，並均加計自起訴狀繕本送達翌日起算之法定遲延利息；備位依修正前醫療法第82條第2項、民法第224條、第227條第2項規定，請求羅東博愛醫院給付上訴人同上金額本息。

二、被上訴人則以：上訴人曾以丁良文等3人涉犯業務過失致死罪嫌，莊、林2人涉犯業務過失傷害罪嫌，提出刑事告訴，經臺灣宜蘭地方檢察署（下稱宜蘭地檢署）檢察官檢附病歷，囑託行政院衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）鑑定結果，認丁良文等3人已依醫療常規為宋景明進行多次胸部X光、支氣管鏡及腹部超音波等檢查，然均未能發現宋景明有惡性腫瘤之病灶，丁良文等3人未診斷出宋景明已罹患肺腺癌併肝及骨轉移現象，並無醫療過失；且在未能知悉宋景明已有溶骨性破壞之情形下，莊、林2人無從預先防護，或為宋景明提供特殊之保護處置，其護理行為亦未違反醫療常規。伊對宋景明之醫療護理照顧均無過失，無庸負侵權行為或債務不履行之損害賠償責任等語，資為抗辯。

三、上訴人於原審起訴聲明：(一)被上訴人應連帶賠償宋桂梅99萬1,394元，宋賢文、宋桂珍各75萬元，並均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(二)願供擔保請准宣告假執行。被上訴人於原審均答辯聲明：(一)上訴人之訴及假執行之聲請均駁回。(二)如受不利判決，願供擔保請准宣告假執行。原審判決上訴人全部敗訴，上訴人全部不服，提起第二審上訴，並為訴之追加，前審判決上訴人上訴人及追加之訴均駁回，上訴人不服提起第三審上訴，經最高法院廢

棄發回，上訴人於本審上訴聲明：(一)原判決廢棄。(二)1.先位聲明：被上訴人應連帶給付宋桂梅99萬1,394元，宋賢文、宋桂珍各75萬元，並均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。2.備位聲明：羅東博愛醫院應給付宋桂梅99萬1,394元，宋賢文、宋桂珍各75萬元，並均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(三)願供擔保請准宣告假執行。被上訴人於本院均答辯聲明：(一)上訴及追加之訴均駁回。(二)如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

四、上訴人主張莊、林2人為羅東博愛醫院之護理師，丁良文等3人為羅東博愛醫院之醫師，宋景明於102年8月3日送至羅東博愛醫院就診，翌日住進該院重症醫學病房，同年9月6日轉至加護病房，由丁良文等3人輪流診療，及同年9月17日莊、林2人為宋景明翻身時，宋景明發生左大腿股骨骨折，嗣宋景明於同年9月29日因敗血性休克併多重器官衰竭而死，宋景明為上訴人之父，宋桂梅為宋景明支付醫療費、喪葬費用等情，為被上訴人所不爭執，並有102年8月3日羅東博愛醫院急診病歷、急診醫囑單、急診護理評估表、護理紀錄、住院病歷、Progress Note及宜蘭地檢署相驗屍體證明書在卷可證（見最高法院證物卷及原審羅醫調字卷第19頁），堪信為真實。

五、上訴人主張羅東博愛醫院之護理人員莊、林2人對宋景明之照護不當，且丁良文等3人對宋景明之醫療處置有過失，致宋景明之病情急遽惡化、加速死亡等情，為被上訴人否認，並以前詞置辯。本院判斷如下：

(一)按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，民法第184條第1項前段、修正前醫療法第82條第1項、第2項分別定有明文。次按因過失不法侵害他人之權利者，固應負損害賠償責任，但過失之有無，應以

是否怠於善良管理人之注意為斷者，苟非怠於此種注意，即不得謂之有過失（最高法院19年上字第2746號判例參照）。其認定過程係將加害人具體的「現實行為」衡諸善良管理人在同一情況的「當為行為」，若認定其有差距，即加害人的行為低於注意標準時，為有過失。善良管理人之注意，乃通常合理人之注意，係一種客觀化或類型化過失標準，即行為人應具其所屬職業（如醫師、建築師、律師、藥品製造者），某種社會活動之成員（如汽車駕駛人）或某年齡層（老人或未成年人）通常所具之智識能力。過失係違反預見及預防侵害他人權利之行為義務，並以是否盡善良管理人注意為判斷標準（王澤鑑著，侵權行為法，西元2015年6月增訂新版，第334至335頁參照）。醫師、護理師為具專門職業技能之人，其執行醫療照護之際，應盡善良管理人之注意義務，就醫療個案，本於診療當時之醫學知識，審酌病人病情、就診時之身體狀況、醫療行為之價值與風險及避免損害發生之成本暨醫院層級等因素，綜合判斷而為適當之照護，始得謂符合醫療水準而無過失。至於醫療常規（醫療慣行或慣例），僅為醫療處置之一般最低標準，尚不能僅以制式之醫療常規作為認定醫護人員有無違反注意義務之唯一標準（本件最高法院109年度台上字第1425號判決發回意旨參照）。蓋醫療常規（醫療慣行或慣例）係針對多數共同臨床醫療行為作成之規範摘要，欠缺個案之個別性，僅提供客觀之最低要求注意水準，而非在個別條件下之充分注意義務，醫療準則（醫療慣行或慣例）不應作為取代醫療人員之醫療上善良管理人注意義務標準，醫療人員於執行醫療之際，應就醫療個案，本於診療當時水準之醫學知識，審酌病人之病情變化，為適當之醫療處置，始得謂已盡善良管理人之注意義務而無過失，倘對於病人傷害之結果具有預見與迴避之可能性，而醫療人員卻不能預見，或怠於迴避，則該醫療人員對醫療傷害之發生，為有過失。再過失之醫療行為與遺留予病人重大傷害間因果關係之存否，依民事訴訟法第277條前

段規定，原則上應由被害人負舉證責任。惟審諸醫病雙方在專業知識、危險領域控管及證據掌握上顯不對等，如仍由病患負高度舉證責任，而負擔因果關係不易釐清之不利益，顯然有失公平。倘病人能證明係在醫療人員控管範圍內接受醫療處置，且醫療人員之過失行為與損害事故發生時點最接近，而為損害事故最可能之解釋者，即可推定醫療人員之過失行為與損害事故間有因果關係，而應由醫療人員證明其醫療過失與病人之重大傷害間無因果關係（最高法院108年度台上字第1436號判決參照）。再數人共同不法侵害他人之權利者，連帶負損害賠償責任，民法第185條第1項前段亦有明文。民法第188條第1項前段規定：受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。於醫療事件中，倘病患依侵權行為法請求損害賠償，侵權責任主體為實際實施加害行為之醫師、護理師及其他醫事人員，如該加害人為診所、醫院等醫療機構所僱用者，則直接加害人（醫師、護理師及其他醫事人員）與僱用者（診所、醫院等醫療機構）須負連帶賠償責任。

(二)上訴人主張其父宋景明為00年出生，本有慢性阻塞性肺病、骨質疏鬆、慢性腎臟疾病、冠狀動脈性心臟病、高血壓、心臟病、充血性心衰竭等病史，100年曾接受右膝上截肢，同年9月2日經胸部電腦斷層掃描檢查，醫師懷疑有肺部纖維化，101年5月15日至同年5月22日期間，因肺炎、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟疾病及冠狀動脈性心臟病住院治療，於102年8月3日至羅東博愛醫院急診室就診，主訴咳嗽、有痰及呼吸喘已2~3日，經胸部X光檢查結果醫師診斷為慢性阻塞性肺病及肺炎，於翌日將宋景明轉至胸腔內科重症醫學病房住院治療，住院期間，雖持續使用氧氣，給予支氣管擴張及抗生素藥物治療，惟同年9月6日宋景明仍因呼吸情形惡化（呼吸喘），持續低血氧飽和度80~84%，瀕臨呼吸衰竭，轉至加護病房，並接受置放氣管內管使用呼吸器，由丁良文醫師診視，同年9月6日至9月17日宋景明於加護病房期間，

01 經照護治療後病情有改善，依護理紀錄，同年9月17日上午5
02 時29分宋景明脈搏64次／分、呼吸12次／分、血氧飽和度
03 95%，同日上午9時40分開始接受脫離呼吸器訓練等情，有羅
04 東博愛醫院住院病歷、護理紀錄及醫審會第0000000號鑑定
05 報告所載案情概要在卷可憑（見最高法院證物卷、原審資料
06 袋內），且為被上訴人所不爭執，此部分事實堪認為真實。

07 (三)又上訴人主張於102年9月17日下午16時5分許，莊、林2人在
08 交接班時，協助宋景明翻身，施力不當，致宋景明發生左大腿股骨骨折，丁良文等3人疏未為其開立預防消化性潰瘍藥物，於宋景明出血時復未立即停用「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」及抗凝血藥物，加重宋景明病情，致其併發壓力性胃潰瘍，大量出血而嚴重貧血，於同年月21日下午17時5分許發生失血性休克，復疏未慮及宋景明患有高血壓、充血性心臟衰竭、慢性腎臟疾病、慢性阻塞肺病、嚴重貧血等施打白蛋白禁忌病症，於同年9月23、24、25日施打白蛋白時，疏未併用利尿劑，致宋景明循環容積負荷過重、心力衰竭、腎功能惡化，及抵抗力更低，病情加速急遽惡化，誘發敗血性休克及多重器官衰竭，減縮其生命，於同年月29日晚間21時14分因敗血性休克併多重器官衰竭而死亡，莊、林2人所為照護及丁良文等3人所為醫療處置均有過失等情，則為被上訴人否認，並以前詞置辯。經查：

- 22 1.依法務部法醫研究所解剖及鑑定報告書（下稱法醫鑑定報告）記載：宋景明之死亡經過研判為其本身原來就有嚴重的
23 肺臟疾病，並有潛在的晚期肺腺癌，因意外骨折而加速病情
24 惡化，提早造成死亡等語（見宜蘭地檢署102年相字第330號
25 卷第398頁以下），佐以法醫饒宇東於前審亦證稱：骨折後
26 才出現壓力性胃潰瘍，骨折或肺癌轉移或出血，都是讓死者
27 抵力更低等語（見前審卷(二)第60頁），可見骨折、壓力性胃
28 潰瘍及出血，為宋景明死亡原因之促進因素。
- 29 2.且查宋景明病歷載明其有骨質疏鬆病史，100年間曾接受右
30 膝上截肢，縱依當時宋景明於住院期間所接受各種檢查所得

臨床證據，並無法支持宋景明有肺癌合併骨及肝轉移之診斷（詳後述），莊、林2人尚未得知或預見宋景明有溶骨性破壞之情形，惟莊、林2人於102年9月17日下午16時5分許為宋景明翻身時，應已得預見宋景明有骨質疏鬆病史，且可知其右下肢前已經為膝上截肢，並得預見為其翻身施力方法應與照護一般無骨質疏鬆、右下肢截肢之一般普通病人不同，參以宋景明於同年9月6日至17日下午16時5分前在羅東博愛醫院加護病房住院期間內，已經其他護理人員多次為其翻身均未發生骨折傷害，足認莊、林2人就為宋景明翻身發生意外骨折之結果應具有預見與迴避骨折發生之可能性，而莊、林2人卻未予注意，怠於迴避，於替宋景明翻身時，未注意宋景明上開特殊身體狀況，而未盡醫療照護上善良管理護理人員所應保持之注意，僅依照護一般普通病人之常規執行宋景明之翻身照護，致宋景明因其莊、林2人執行翻身照護工作而意外發生左大腿股骨骨折，莊、林2人對宋景明因翻身致左大腿股骨骨折之發生，為有過失。

- 3.且查使用「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」，有可能造成急性腎衰竭或胃潰瘍之風險（見本審卷(三)第271頁，即醫審會第0000000號鑑定書第5頁），又抗凝血劑會抑制血中凝血因子，止血不易，出血情況會更嚴重，服用抗凝血劑者，特別注意行動要小心，不要碰撞，容易導致出血，如有出血情形，應立即停用抗凝血劑，以免加重出血情況，有上訴人所提出為被上訴人所不爭執之「如何安全使用抗凝血劑」康健雜誌第31期報導在卷可證（見本審卷(三)第99至100頁）。而宋景明因重度動脈阻塞疾病長期服用抗血小板凝集藥物Plavix（保栓通）、Pletaal（普達錠）等抗凝血藥物，此據被上訴人自承在卷（見本審卷(三)第66頁），於102年9月17日下午16時5分許莊、林2人為宋景明翻身發生骨折意外後，丁良文、方紹顯為當日加護病房值班醫師，張奕中及訴外人伊騰仲於同年9月20日加護病房值班醫師，張奕中、方紹顯為同年9月21日加護病房值班醫師，丁良文等3人為同年9月

01 22日加護病房值班醫師，丁良文、方紹顯為同年9月23日加
02 護病房值班醫師，伊騰仲、丁良文、方紹顯為同年9月24日
03 加護病房值班醫師，丁良文為同年9月25日加護病房值班醫
04 師，方紹顯、張奕中為同年9月26至28日加護病房值班醫
05 師，就宋景明病情治療有為相關醫囑，亦據被上訴人自承在
06 卷（見本審卷(三)第64至70頁），於102年9月17日宋景明因翻
07 身發生左大腿股骨骨折後，丁良文醫師執行X光檢查結果，
08 確定宋景明左膝上方股骨骨折，立即會診骨科醫師，骨科醫
09 師表示暫時不需要手術處理，給予患肢大腿至小腿處半包覆
10 式石膏固定，來避免骨頭移位，囑咐石膏需放置2週，因宋
11 景明病膚較差，需觀察左腿是否有形成壓瘡、出血或血液循
12 環變差狀況，若期間有壓瘡情形產生則可暫不使用石膏，建
13 議應儘量維持患肢休息、抬高患肢，針對疼痛，應給予止痛
14 藥物，避免併發症，方紹顯醫師依骨科醫師建議與宋景明疼
15 痛狀況，開立Demerol 40mg（鹽酸配西汀，具有類似嗎啡多
16 重作用之麻醉性止痛劑）給予止痛，翌日即同年9月18日因
17 宋景明骨折處有疼痛情形，伊騰仲醫師於晚間20時21分醫囑
18 開立「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」Volna-K F.C
19 25mg止痛藥，馬上使用及1天2次（9月18日晚間1次，9月19
20 日早、晚各1次，9月20日早上1次），其等開藥時，應能預
21 見及避免因服用止痛藥物造成宋景明因胃酸過多而引發壓力
22 性胃潰瘍之風險，於同年月20日上午6時48分許之抽血報告
23 顯示宋景明血紅素偏低（6.7g/dL），同日下午16時46分許
24 護理人員依張奕中醫師醫囑取下石膏觀察狀況，發現宋景明
25 左大腿後有大片瘀青出血情形，發似骨折出血併貧血，但該
26 日檢查鼻胃管未發現引流出咖啡色或紅色液體，大便亦無黑色
27 或柏油狀糞便等疑似腸胃道出血徵象，而向家屬說明血色
28 素偏低是有懷疑是否為骨折出血或腸胃道出血，以當時狀
29 況，可能原因為骨折出血，而未於102年9月20日上午6時48
30 分抽血報告顯示宋景明血紅素偏低時，立即停用
31 「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」Volna-K F.C 25mg止

01 痛及及Plavix（保栓通）、Pletaal（普達錠）等抗凝血藥
02 物，當日上午仍使宋景明服用Volna-K F.C 25mg藥物及上開
03 抗凝血藥物1次，且遲至當日晚間23時32分伊騰仲醫師始醫
04 嘴暫停使用Plavix（保栓通）、Pletaal（普達錠）5日，復
05 於同年月21日護理人員反抽宋景明鼻胃管時，發現有鮮紅色
06 血液，並解褐色便，疑有腸胃道出血之症狀，方紹顯醫師於
07 該日上午8時50分許始醫囑給與宋景明服用抑制胃酸之組織
08 阻斷劑藥物gAster（蓋舒泰）20mg，1次1顆，1天服用2次，
09 因同日上午11時餘，宋景明排450g褐色便，鼻胃管反抽仍有
10 鮮紅色血於鼻胃管上，量少，方紹顯醫師醫囑將口服gAster
11 更改為質子幫浦阻斷劑Pane 40mg，每12小時注射，並禁食，
12 於同日下午16時6分許宋景明解柏油樣糞150g，高度懷疑
13 上消化道潰瘍出血，方紹顯醫師再次調整質子幫浦阻斷劑
14 Pantoloc至最高建議劑量，於該日下午17時5分許宋景明發
15 生失血性休克，經使用提昇血壓藥物Levophed，每小時5ml
16 連續使用，安排抽血檢驗結果，血紅素為4.9g/dL，方紹顯
17 醫師給予持續輸注血漿、紅血球濃縮液及連續2天白蛋白注
18 射液，同年月22日經胃鏡檢查結果顯示有胃潰瘍情形，左下
19 肢電腦斷層掃描檢查結果顯示左大腿骨折有血腫，有病歷、
20 被上訴人自陳檢查、診斷、處置、治療時序表及醫審會第
21 0000000號鑑定書案情概要可證（見最高法院證物卷、本審
22 卷(三)第64至67頁、第270頁），參以宋景明於102年9月17日
23 發生意外骨折前並無服用「NSAID（非類固醇類消炎止痛
24 藥）」Volna-K F.C，亦無胃潰瘍，於發生意外骨折後於同
25 年月18日晚間、19日早、晚服用Volna-K F.C各1次，繼而即
26 於同年月20日上午6時48分抽血檢查結果顯示血紅素偏低，
27 疑似骨折出血或胃出血，羅東博愛醫院醫護人員又再依上開
28 醫囑給宋景明服用Volna-K F.C止痛藥1次，且遲至20日晚間
29 23時32分伊騰仲醫師始醫囑暫停使用抗凝血藥物Plavix（保
30 栓通）、Pletaal（普達錠）5日，於同年9月21日早上宋景
31 明即發生疑似胃潰瘍出血症狀，於同年9月22日經胃鏡檢查

發現有胃潰瘍，上訴人既已證明宋景明在上開期間係在羅東博愛醫院醫護人員控管範圍內接受醫療處置，且丁良文為同年9月17日、22日值班醫師，張奕中為同年9月20、21日值班醫師，方紹顯為同年9月17、21日值班醫師，於宋景明發生骨折後，丁良文、伊騰仲醫囑給與宋景明止痛藥物未同時給與抑制胃酸藥物，伊騰仲於同年9月18日晚間醫囑給與宋景明服用「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」Volna-K F.C早、晚各1次，張奕中於同年9月20日發現宋景明疑似骨折出血及腸胃道出血後，未立即停用Volna-K F.C止痛藥及宋景明長期服用之抗凝血藥物，亦未立即給與抑制胃酸藥物，致宋景明因胃潰瘍出血及骨折處出血而於同年9月21日17時5分許發生出血性休克，丁良文等3人及該期間羅東博愛醫院醫護人員之上開過失行為與宋景明發生胃潰瘍、出血性休克發生時點最接近，參以於同年9月24日19時10分丁良文注意到宋景明發燒，敗血症惡化，低血氧（見本審卷(三)第68頁），且經法醫鑑定認為胃潰瘍、出血使宋景明抵抗力更低，致宋景明死亡結果提早發生，已如前述，依上開說明，即可推定羅東博愛醫院上開醫療人員之過失與宋景明之提早死亡間有因果關係，而應由被上訴人就其醫療過失與宋景明之提早死亡間無因果關係負舉證之責。雖醫審會第0000000號鑑定書認宋景明並非因短暫使用消炎止痛藥Volna-K F.C而導致胃潰瘍，及被上訴人辯稱丁良文等3人及其他醫療人員之醫療處置均合於醫療常規，業經宜蘭地檢署為不起訴處分，且醫審會第0000000號、第0000000號鑑定書亦同此認定云云，惟查丁良文等3人及羅東博愛醫院加護病房其他醫療人員，於宋景明發生意外骨折後之用藥及處置，既有未即時避免宋景明因服用止痛藥致胃酸過多而胃潰瘍，復於發現其有疑似骨折出血及腸胃道出血時，未即時停用抗凝血藥物、「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」，致宋景明引發胃潰瘍、骨折出血不止，並造成出血性休克，抵抗力更弱，而加速死亡，倘丁良文等3人及羅東博愛醫院其他醫護人員有盡

善良醫療人員注意義務，預見並避免宋景明因壓力性胃潰瘍、骨折出血而致抵抗力更弱，對宋景明使用止痛藥、抑制胃酸藥物及即時停用抗凝血劑、「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」，應有避免宋景明因意外骨折、壓力性胃潰瘍所引發出血性休克，抵抗力更弱，致其肺部感染、肺癌併肝及骨轉移病情因而更加惡化而提早死亡之可能性，且被上訴人所舉證據不足以推翻法醫鑑定報告及法醫饒宇東之證述，自不足採信。

- 4.再醫審會第00000000號鑑定書鑑定意見認為：「(一)對於仿單記載白蛋白注射劑之禁忌症病人（充血性心臟衰竭病史、腎功能不全、穩定型慢性貧血及對白蛋白賦形劑成分有過敏反應者），因白蛋白輸注可能會增加體液容積及產生血液稀釋，可能引起肺水腫、呼吸困難等不良反應。惟因白蛋白具有消除間質水腫之作用（使間質水分移進血管內，進而消除水腫），故前述禁忌病症之病人，於使用白蛋白時，仍可併用「利尿劑」，將多餘水分經由腎臟排出，並非絕對不能使用白蛋白。(二)1.『腎功能不全病人』，係指腎臟功能逐漸喪失，無法有效排除多餘體液、電解質及代謝廢棄物者；『穩定型慢性貧血病人』，係指病人通常伴隨著其他慢性疾病（如慢性腎臟病、發炎性疾病或癌症）所產生之貧血，穩定型慢性貧血病人因身體已經習慣慢性貧血，而有疲倦、臉色蒼白、嗜睡、肌肉無力、活動力變差、注意力不集中等症狀或甚至可能無貧血之症狀；『嚴重貧血』，係指病人之血紅素低於8g/dL（成人男性血紅素參考值13至18g/dL；女性11至16g/dL），會出現心悸、心跳過快、眩暈、血壓下降、呼吸困難等症狀；而『腸胃道出血病症』，則為加重貧血之風險因子；『心臟衰竭』，係指心臟每次搏動會送出之血液於進入心室時出現障礙，或是心臟泵血不足而無法打出足夠血液滿足身體與組織代謝需求，產生呼吸困難、下肢水腫等症狀（如充血性心臟衰竭）；而『長期高血壓』及『冠狀動脈性心臟病』，則為引起『心臟衰竭』之危險因子，且心臟衰竭

常伴隨有『慢性腎臟疾病』及『慢性阻塞性肺病』等疾病。另以上所稱『腎功能不全病人』、『心臟衰竭』等，於臨牀上造成之可能原因眾多，醫療上並非專指何種特定腎臟疾病或心臟疾病之病人，而係針對臨牀上症狀之描述。2. 使用白蛋白，可以增加血管內膠體滲透壓，使組織間質水分移至血管內，改善體液滯留減輕組織水腫，同時使血管內循環血量增加；而『循環容積負荷過重』，係指循環系統因某些疾病因素，如心衰竭，腎衰竭、肝衰竭、嚴重白蛋白低下等，導致體液無法有效排除，滯留於體內之情形。故《特別有發生『循環容積負荷過重』的風險》，係指病人如卷證資料（一）仿單中所記載之禁忌症，有提高循環容積負荷過重發生之風險。3. 對於禁忌病症之病人使用白蛋白，因這些病人水分排除功能已經受損降低，白蛋白輸注可能會增加體液容積與產生輕微血液稀釋，產生肺水腫、呼吸困難等不良反應。惟臨牀上，對於組織間質水腫病人使用白蛋白，如上開鑑定意見（一）所述，可使間質水分移進血管內消除間質水腫，故多會併用『利尿劑』，使多餘水分經由腎臟排出，以避免發生心血管過度負荷、肺水腫、體內積蓄過多水份等情形。又前述禁忌病症之病人或重症病人使用白蛋白，並不會發生凝血時間延長或急性腎衰竭之情形，亦不致使其病情產生急遽變化。（三）臨牀上，白蛋白之使用時機，應由醫師依個別病人之臨床具體表現決定使用與否。依病歷紀錄，102年9月19日病人四肢有嚴重水腫，而當時腎功能為正常，血中肌酸酐 1.2mg/dL ，此時病人已有持續使用口服利尿劑Rosis (40mg/tab , 每日1次) 治療，惟其在使用口服利尿劑治療下，全身水腫仍日益惡化，故於9月20日開始靜脈注射白蛋白配合利尿針劑Rasitol (20mg/2mL/amp)。開始使用白蛋白後，病人每日水分排出量大於攝取量，可認為有達到改善水腫的目的；另9月21日病人血中白蛋白 2.4g/dL ，低於參考值 ($3.5\sim 5.5\text{g/dL}$)。綜上，可認為使用白蛋白之時機屬合理。9月22日病人血中肌酸酐仍於正常值範圍內，即腎功

能正常。9月27日病人血中肌酸酐上升至1.6mg/dL，腎功能開始惡化，同時小便量減少，並出現對白蛋白配合利尿針劑的治療反應變差，雖於9月28日再增加利尿針劑注射劑量，惟病人仍持續產生代謝性酸血症，小便量亦持續減少，故於9月29日開始安排血液透析治療。依醫囑單記載，（「宋」應為贅載）醫師於9月19日起至9月29日共10日內，共為病人施打16瓶白蛋白注射劑（每日約1至2瓶），其劑量及投藥速度未逾越一般臨床合理使用範圍。綜上，丁醫師、張醫師及方醫師對於本件病人白蛋白之整體使用情形，並無不當或過量。」等語（見本審卷四第69至73頁），然為上訴人否認，查上訴人於同年9月22日晚間雖簽立同意書予丁良文醫師，同意於同年9月23、24、25日各施打2瓶白蛋白，並經丁良文醫師開立醫囑同年9月23、24、25日各施打2瓶白蛋白（見最高法院證物卷羅東博愛醫院醫囑單第16頁），丁良文、方紹顯為同年9月23日、24日、25日值班醫師，而其等均明知宋景明於同年月21日、22日血紅素分別為4.9g/dL、6.6g/dL，嚴重貧血，且依住院紀錄，宋景明在使用口服利尿劑治療下，全身水腫仍日益惡化，故自同年9月19日起開始靜脈注射白蛋白配合利尿針劑Rasitol(20mg/2mL/amp)，但除方紹顯於同年9月23日上午8時45分醫囑注射白蛋白併用利尿針劑Rasitol(20mg/2mL/amp)1瓶外，於同年月23日至25日查均無其他注射白蛋白併用利尿針劑之醫囑（見同上卷醫囑單第16至21頁），顯與同年9月19至22日為宋景明注射白蛋白1瓶併用Rasitol利尿針劑1瓶之醫療處置不同，可見丁良文、方紹顯於102年9月23日、24日、25日對宋景明施打白蛋白時，其中5次應注意且能注意應併用利尿針劑而未予併用，顯有未盡善良醫師注意義務之過失，且依護理紀錄記載，宋景明於102年9月25日22時13分已少尿（班內尿量150ml，見同上卷護理紀錄第79頁）、同年月26日7時1分少尿或無尿（班內urine : 100, date : 550，見同上卷護理紀錄第81頁），水份排出量小於攝取量，且於同年月27日發現其血中肌酸酐上

升至1.6ml/dL，循環容積負荷過重、心力衰竭、腎功能惡化，使其抵抗力更低，導致身體衰竭，而提早死亡，該等損害係發生在丁良文、方紹顯及羅東博愛醫院醫療人員控管範圍內接受醫療處置，且丁良文、方紹顯醫囑於102年9月23至25日為宋景明注射白蛋白各2瓶，卻僅於同年月23日有醫囑併用利尿針劑1瓶，未注意於施打其他5瓶白蛋白時均應併用利尿針劑，致宋景明發生腎功能惡化，抵抗力更弱，而提早死亡，堪認丁良文、方紹顯上開醫療過失與宋景明提早死亡間，亦有因果關係，上開醫審會鑑定意見尚不足為有利於被上訴人之認定。

5.至上訴人主張丁良文等3人未及時發現並治療宋景明罹患肺腺癌併肝及骨轉移，而喪失生存機會云云，為被上訴人否認，且查於102年8月4日宋景明至羅東博愛醫院急診室就診，主訴咳嗽、有痰及呼吸喘已2～3日，經胸部X光檢查結果醫師診斷為慢性阻塞性肺病及肺炎，於當日將宋景明轉至胸腔內科住院治療，主治醫師為林偉群醫師，宋景明住院期間，雖持續使用氧氣，給予支氣管擴張及抗生素藥物治療，惟依病歷紀錄，同年9月6日宋景明仍因呼吸情形惡化(呼吸喘)，持續低血氧飽和度80～84%，瀕臨呼吸衰竭，轉至加護病房，並接受置放氣管內管使用呼吸器，改由丁良文醫師診視，宋景明住院期間多次接受胸部X光檢查，結果皆僅發現其肺部浸潤疑有少量積液，未發現其他異常，於同年9月9日接受支氣管鏡及體液細胞學檢查(即氣管沖洗細胞學檢查)，支氣管鏡檢查結果僅發現濃痰，未發現腫塊亦未發現出血點或異常之黏膜(noprotruding mass, nobleeder and a normal mucosa)，氣管沖洗細胞之病理檢查結果顯不為陰性反應(negative)，未發現惡性腫瘤細胞，102年9月6日至9月17日宋景明於加護病房期間，經照護治療後病情有改善，依護理紀錄，9月17日5時29分宋景明脈搏64次/分、呼吸12次/分、血氧飽和度95%，9時40分宋景明開始接受脫離呼吸器訓練，9月26日宋景明接受腹部超音波檢查結果顯示其有肝硬

化情形，並未發現有肝腫瘤或結節現象，嗣後宋景明肺炎病情、低血氧飽和度及呼吸窘迫情形持續惡化，併有胃潰瘍出血及急性腎衰竭，於9月29日21時14分因敗血性休克併多重器官衰竭死亡，其間多次胸部X光檢查，皆未發現有腫瘤及其他惡性病灶，丁良文醫師亦曾為病人安排支氣管鏡檢查及體液細胞學檢查，支氣管鏡檢查結果僅發現宋景明有濃痰，未發現腫塊，亦未發現出血點或異常之黏膜，宋景明經氣管沖洗細胞之病理檢查結果顯示為陰性反應(negative)，即未發現有惡性細胞，且9月26日宋景明人曾接受腹部超音波檢查結果顯示有肝硬化情形，並未發現有肝腫瘤或結節現象，堪認羅東博愛醫院之醫師已依醫療常規為宋景明進行多次胸部X光、支氣管鏡及腹部超音波等檢查予以探索病因，惟上述檢查之結果皆未發現有惡性腫瘤之病灶，依病人住院期間接受檢查所得之臨床證據，皆無法證實其患有肺腺癌、肝及骨轉移現象，故尚難謂丁良文醫師等此部分醫療處置有違反醫療常規，有醫審會第0000000號鑑定書鑑定意見在卷可證，可見依宋景明當病情及身體狀況，一般善良醫師藉由符合醫療常規規範之檢驗、診斷方法執行檢驗、診斷，均無法預見及避免未能診出宋景明患有肺腺癌併肝及骨轉移，尚難以丁良文等3人未診出宋景明患有肺腺癌併骨及肝轉移，而認其等此部分有過失，併此敘明。

(四)準此，本院認定本件最終損害為宋景明抵抗力更低，病情惡化，加速死亡，其原因有三：一為莊、林2人於102年9月17日16時5分許為宋景明翻身時致其意外骨折，二為方紹顯醫囑施用止痛藥未併用抑制胃酸藥物或避免引發胃酸過多，及丁良文等3人發現宋景明疑似骨折出血、腸胃道出血後，未立即使其服用抑制胃酸藥物及停用「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」、抗凝血藥物，致宋景明發生壓力性胃潰瘍，因骨折出血、胃潰瘍出血不止，造成大量出血而嚴重貧血，於同年月21日發生出血性休克，三為丁良文、方紹顯於同年9月23、24、25日醫囑為宋景明施打白蛋白各2瓶時，除同年

01 9月23日施打白蛋白1瓶有併用利尿針劑1瓶外，注射其餘5瓶
02 白蛋白時疏未併用利尿針劑，造成宋景明循環容積日益負荷
03 過重、心力衰竭、腎功能惡化，使其抵抗力更低，導致身體
04 衰竭，病情加速急速惡化，引起肺炎併呼吸衰竭及敗血性休
05 克而於同年9月29日21時14分死亡，三者原因共同促成損害
06 結果發生。就莊、林2人之責任而言，其因過失行為致宋景
07 明意外骨折出血，使宋景明有接受止痛藥治療、並停用抗凝
08 血藥物之必要，且因丁良文等3人之用藥過失行為，致骨折
09 出血不止，並引發壓力性胃潰瘍、出血性休克，致宋景明有
10 施打白蛋白之必要，復因丁良文、方紹顯於同年9月23至25
11 日，應能預見依宋景明之病情、身體狀況，施打白蛋白時應
12 併用利尿針劑，方能避免其容積負荷過重、心力衰竭、腎功
13 能惡化，而未併用利尿針劑，使其容積負荷日益過重、心力
14 衰竭、腎功能惡化，而於102年9月29日死亡。倘若無莊、林
15 2人之過失行為，則宋景明即無促成加速死亡之損害結果，
16 依據必要條件理由，二者間具有事實上因果關係。就法律上
17 因果關係而言，丁良文等3人之過失行為介入，不應中斷
18 莊、林2人過失行為與損害之因果連鎖。莊、林2人為宋景明
19 翻身致其意外骨折、出血，必然需要進行骨折治療，其因而
20 發生損害結果，應符合因果關係相當性。又丁良文等3人未
21 避免使用引發胃潰瘍止痛藥及疑似出血時即停用抗凝血藥
22 物、「NSAID（非類固醇類消炎止痛藥）」，暨丁良文、方
23 紹顯於同年9月23至25日施打6瓶白蛋白時，其中5瓶未併用
24 利尿針劑等用藥不當過失行為，亦屬促成宋景明加速死亡不
25 可欠缺之條件，而具有事實上因果關係，其等未注意宋景明
26 病情、身體狀況，未使宋景明服用避免引發胃潰瘍藥物、未
27 立即停用抗凝血藥物，骨折出血不止，並引發壓力性胃潰瘍、
28 出血性休克，丁良文、方紹顯復於同年9月23至25日為
29 宋景明施打白蛋白，卻未併用利尿針劑，致其容積負荷日益
30 過重、心力衰竭、腎功能惡化，身體更加虛弱、更無抵抗力，
31 而促成宋景明加速死亡，當屬丁良文等3人得預見之結

果，而具有法律上因果關係。莊、林2人與丁良文等3人之醫療過失行為共同導致損害結果發生，形成共同因果關係，莊、林2人及丁良文等3人應對上訴人負連帶賠償責任。

(五)按不法侵害他人致死者，對於支出醫療及增加生活上需要之費用或殯葬費之人，亦應負損害賠償責任；不法侵害他人致死者，被害人之子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額，民法第192條、第194條分別定有明文。又民法第188條第1項前段規定：受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。於醫療事件中，倘病患依侵權行為法請求損害賠償，侵權責任主體為實際實施加害行為之醫師、護理師及其他醫事人員，如該加害人為診所、醫院等醫療機構所僱用者，則直接加害人（醫師、護理師及其他醫事人員）與僱用者（診所、醫院等醫療機構）須負連帶賠償責任。查本件被害人宋景明確因莊、林2人及丁良文等3人之醫療過失侵害行為加速死亡乙節，其等應負共同侵權行為損害賠償責任，已如前述。而羅東博愛醫院係上開5位醫療人員之僱用人，則上訴人依上揭規定請求羅東博愛醫院與丁良文等3人負連帶損害賠償之責，核屬有據。爰就上訴人請求賠償之項目、金額，審酌如下：

1.宋桂梅請求殯葬費部分：

按民事損害賠償事件有關殯葬費，係指收斂及埋葬費用而言，其賠償範圍固應以實際支出之費用為準，惟仍應斟酌被害人當地之習俗、被害人之身分、地位及生前經濟狀況而定；喪葬費用之支出，應以必要者為限，始得請求賠償。經查：宋桂梅主張其支出之被害人宋景明喪葬費用17萬6,000元，已據其提出形式上為被上訴人所不爭執其真正昌源禮儀社喪葬代辦明細表及郵政跨行匯款申請書為證（見原審羅醫調字卷第16、17頁），衡諸民間喪葬習俗及禮儀，該代辦明細表所列費用屬必要之殯葬費，堪認宋桂梅所支出之殯葬費為17萬6,000元。

01 2.宋桂梅請求醫療費用部分：

02 (1)宋桂梅主張其為宋景明支出醫療費用6萬5,394元，固據提出
03 醫療費用收據4紙為證（見原審羅醫調字卷第14至15頁背
04 面），惟查宋景明係於102年9月17日因莊、林2人為其翻身
05 有照護過失致其意外骨折，及丁良文等3人於發生骨折後為
06 其治療過程有上述醫療過失，致宋景明抵抗力更低，身體衰
07 竭，引發肺炎併呼吸衰竭及敗血性休克而死；又醫療證明書
08 為證明損害程度或範圍之必要方法，就行為侵害身體健康所
09 造成的客觀存在事實加以觀察，並依吾人智識經驗加以判
10 斷，應認均有發生同樣損害結果可能，是醫療證明書費用支
11 出與莊、林2人、丁良文等3人侵害宋景明之身體、健康及生
12 命間，亦具有責任範圍上之相當因果關係。堪認宋桂梅於上
13 開期間（102年9月17日起至同年月29日止）為宋景明所支出
14 羅東博愛醫院重病醫學科之自費藥費1萬9,950元、特殊材料
15 費1,146元、證明書費380元，及102年10月4日支出醫療證明
16 書費3,020元（見原審羅醫調字卷第14頁上半、第15至16頁
17 背面），合計2萬4,496元（計算式：1萬9,950元+1,146元+3
18 80元+3,020元=2萬4,496元），得向被上訴人請求賠償。

19 (2)至逾上開範圍之醫療費用請求，即宋桂梅主張其為宋景明支
20 出102年8月4日至同年9月5日在羅東博愛醫院胸腔內科治療
21 之醫療費用4萬0,898元（見原審醫調字卷第14頁下半），既
22 發生於102年9月17日宋景明發生意外骨折之前，與莊、林2
23 人及丁良文等3人醫療照護過失行為所致損害間，並無責任
24 範圍上之相當因果關係，不得請求被上訴人賠償，是宋桂梅
25 此部分醫療費用支出，請求被上訴人賠償，不應准許。

26 3.按民法217條第1項規定損害之發生或擴大，被害人與有過失
27 者，法院得減輕賠償金額或免除之。揆其目的在謀求加害人
28 與被害人間之公平，倘被害人於事故之發生亦有過失時，由
29 加害人負全部賠償責任，未免失之過酷，是以賦與法院得減
30 輕其賠償金額或免除之職權。而急重症病患身體狀況所致之
31 危險因素，雖不得指係與有過失，但該危險因素原存有之不

利益，應由其自行承擔；況醫學知識有其限制、人體反應亦具不確定性，倘被害人身體狀況之危險因素影響損害之發生或擴大，若令醫療過失之行為人賠償全部損害而有失公允時，理應類推適用上開被害人與有過失之規定，減輕該行為人之賠償責任，以維當事人間之公平。又民法第192條第1項、第2項、第194條分別規定不法侵害他人致死者，對於支出醫療費或殯葬費之人、或被害人負有法定扶養義務之第三人，應負損害賠償責任；且被害人之父、母、子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額，係間接被害人得請求賠償之特例，其權利係基於侵權行為之規定而發生，自應負擔直接被害人之過失。倘直接被害人於損害之發生或擴大與有過失時，依公平之原則，亦應有民法第217條過失相抵規定之適用（最高法院73年台再字第182號判例意旨、105年度台上字第136號判決參照）。查本件法醫鑑定報告記載：宋景明之死亡經過研判為其本身原來就有嚴重的肺臟疾病，並有潛在的晚期肺腺癌，因意外骨折而加速病情惡化，提早造成死亡等語，佐以法醫饒宇東亦證稱骨折後才出現壓力性胃潰瘍，骨折或肺癌轉移或出血，是讓死者抵抗力更低等語（見前審卷(二)第60頁），莊、林2人之照護過失造成宋景明骨折、出血，及骨折後丁良文等3人之醫療過失行為造成宋景明發生骨折出血不止、壓力性胃潰瘍、失血性休克、循環容積過重及腎功能衰竭，為宋景明死亡原因之促進因素，上5人之過失行為，均為所生損害之共同原因，即所謂行為關連共同，足成立共同侵權行為，已如前述。宋景明之死亡因莊、林2人及丁良文等3人之上開醫療過失行為而提早發生，雖經法醫鑑定證明宋景明已有嚴重肺臟疾病，且有潛在的晚期肺腺癌合併肝及骨轉移，其存活時間已不長，假設未發生意外骨折、壓力性胃潰瘍、失血性休克、循環容積過重及腎功能衰竭，亦預期其於短期內將因嚴重肺臟疾病及晚期肺腺癌合併骨轉移而死亡，本院經審酌前開醫療事故發生之過失情節及原因力大小，認被害人宋景明本身疾病原

因力較重，應負80%之過失責任，莊、林2人、丁良文等3人之醫療照護過失行為原因力較小，應負20%之過失責任。宋桂梅所支出之殯葬費17萬6,000元及醫療費2萬4,496元，合計為20萬0,496元（計算式：17萬6,000元+2萬4,496元=20萬0,496元），類推適用過失相抵之過失百分比，宋桂梅得請求被上訴人連帶給付殯葬費、醫療費金額為4萬0,099元（計算式：20萬0,496元×20%=4萬0,099元，元以下四捨五入），在此金額範圍內為有理由，逾此金額之請求，不應准許。

4. 上訴人請求精神慰撫金部分：

查宋景明係上訴人之父，00年出生，因本件醫療事故加速死亡，上訴人自均受有精神上極大之痛苦，本院斟酌本件醫療事故發生之實際情況，兩造所陳報資料所顯示之身分、地位、經濟能力，以及上訴人因此所受痛苦之程度，及兩造應負擔過失百分比等一切情狀，認被上訴人所應連帶給付上訴人之精神慰撫金各以15萬元為適宜；逾此部分之請求，尚不能准許。

六、綜上所述，上訴人先位主張依民法第184條第1項前段、第185條第1項前段、第192條第1項、第194條之規定，請求被上訴人連帶給付宋桂梅19萬0,099元（計算式：4萬0,099元+15萬元=19萬0,099元），宋賢文、宋桂珍各15萬元，並均加計自起訴狀繕本送達之翌日即丁良文、方紹顯自104年11月19日起，張奕中自同年月20日起，羅東博愛醫院自同年12月9日起，均至清償日止，按年息5%計算之利息（於同年11月18日送達丁良文、方紹顯，同年月19日送達張奕中，見原審羅醫調字卷第26至28頁之送達證書；另原審卷查無羅東博愛醫院之起訴狀繕本送達證書，參以羅東博愛醫院於104年12月9日調解期日有委任訴訟代理人到庭，見原審羅醫調字卷第30、33頁，堪認其至遲應已於同年12月8日收受起訴狀繕本，故自翌日即同年12月9日起加計法定遲延利息）部分，為有理由，應予准許；逾此部分之請求，為無理由，不應准許。從而原審就上開上訴人先位之訴應准許部分，為上

訴人敗訴之判決，尚有未洽，上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為有理由，爰由本院廢棄改判如主文第2項所示。又本件所命被上訴人應給付部分，未逾150萬元，被上訴人不得上訴第三審，本院判決後已告確定，原審駁回上訴人此部分假執行之聲請，理由雖有不同，結論則無二致，原判決此部分仍應予以維持。另上訴人上開不應准許部分，原審為上訴人敗訴之判決，並駁回其假執行之聲請，經核並無不合，上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回此部分之上訴。至上訴人於本院追加備位依修正前醫療法第82條、民法第224條、第227條第2項規定請求羅東博愛醫院負給付不完全損害賠償責任部分，因上訴人以先位聲明所為上開請求之上訴既為有理由，本院即無再為實質審酌，爰不另為准駁之諭知。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

八、據上論結，本件上訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第450條、第449條第1項、第2項、第79條、第85條第1項但書、第85條第2項，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　1　　月　　15　　日
　　　　　　　　醫事法庭

審判長法官　陳慧萍

法官　沈佳宜

法官　陳杰正

正本係照原本作成。

被上訴人不得上訴。

上訴人合併上訴利益額逾新臺幣150萬元，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，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提理由書狀（均須按他造當事人之人數附繕本），上訴時應提出委任律師或具有律師資格之人之委任狀；委任有律師資格者，另應附具律師資格證書及釋明委任

01 人與受任人有民事訴訟法第466條之1第1項但書或第2項所定關係
02 之釋明文書影本。

03 中 華 民 國 113 年 1 月 15 日
04 書記官 章大富