最高法院民事判決

112年度台上字第2740號

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

上訴人 臺北榮民總醫院

法定代理人 陳威明

上訴人 陳敬軒

共同

訴訟代理人 吳巧玲律師

馬傲秋律師

韓世祺律師

被上訴人 甲○○

兼法定代理人 A 0 1

A 0 2

共同

訴訟代理人 吳欣陽律師

鄭志政律師

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112年8月23日臺灣高等法院第二審更審判決（110年度醫上更一字第2號），提起上訴，本院判決如下：

主 文

原判決關於命上訴人給付，及該訴訟費用部分廢棄，發回臺灣高等法院。

理 由

□本件被上訴人主張：被上訴人A 0 2、A 0 1（下稱A 0 2 2人）為被上訴人甲○○之父母。緣A 0 1於民國102年8月間懷孕，相關產檢結果均無異常。103年4月26日19時許，A 0 1懷孕38週又4天，因下腹痛至上訴人臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）婦產科急診（下稱第一次就診），由上訴人陳敬軒醫師診治，經護理師監測胎心率，於19時55分許測得胎心率179次/分，高於正常基準，陳敬軒未判讀胎心音監測紀錄，亦無鑑別診斷胎兒心搏過速之原因及作出適當處置，即表示不需住院，A 0 1於同日20時20分許測得胎心率178次/分，遵醫囑返家待

01 產。嗣A 0 1於同日23時45分許，因下腹仍持續疼痛，再次前
02 往臺北榮總急診（下稱第二次就診）。詎陳敬軒仍未判讀胎心
03 音監測紀錄，嗣因訴外人葉長青醫師發現胎心音過速異常，以
04 胎兒窘迫為由建議緊急剖腹產，A 0 2於翌日（27日）凌晨0
05 時20分簽署手術同意書，惟臺北榮總之婦產科團隊延遲至同日
06 凌晨2時10分始剖腹產出胎兒甲○○，應負不完全給付之賠償
07 責任。甲○○因陳敬軒及臺北榮總婦產科團隊上開醫療疏失
08 （下稱系爭醫療事故），罹有腦部永久性之缺氧性腦病變，屬
09 四肢痙攣型之重度腦性麻痺。甲○○因此受有勞動能力終身減
10 損新臺幣（下同）519萬2189元、增加看護費支出786萬4923元
11 之損害，並將看護費債權讓與A 0 2 2人，且被上訴人精神痛
12 苦甚鉅，請求賠償精神慰撫金各200萬元。臺北榮總為陳敬軒
13 之僱用人，應與之負連帶賠償責任等情。爰依民法第184條第1
14 項前段、第2項、第185條、第188條、第193條、第195條第1
15 項、第3項、第224條、第227條及第227條之1規定，擇一求為
16 命(一)上訴人連帶、臺北榮總各給付甲○○359萬6095元、359萬
17 6094元；(二)上訴人連帶、臺北榮總各給付A 0 2 2人393萬2462
18 元、393萬2461元；(三)上訴人連帶、臺北榮總各給付A 0 1、
19 A 0 2各100萬元；暨均自104年7月4日起算法定遲延利息之判
20 決（被上訴人逾上開請求部分，經原審為其敗訴判決，未聲明
21 不服，其他未繫屬本院部分，不予論述）。

22 □上訴人則以：陳敬軒於A 0 1第一次就診時，檢視胎心音監測
23 狀況認無異常，內診查知子宮頸尚未擴張，予以衛教後囑其返
24 家，均遵循相關醫療規範，無任何疏失。A 0 1第二次就診
25 時，胎心音監測結果非屬典型正弦波，無須進行最緊急剖腹
26 產，臺北榮總醫療團隊無延誤施行剖腹產手術，醫療處置無疏
27 失。新生兒腦性麻痺成因眾多，無從認定與上訴人醫療處置間
28 有因果關係等語，資為抗辯。

29 □原審廢棄第一審所為駁回被上訴人前開請求部分之判決，改判
30 上訴人如數給付，係以：

- 01 (一)陳敬軒於A O 1第一次就診時之醫療處置，不符醫療常規而有
02 過失：
- 03 1. A O 1第一次就診，由陳敬軒觀察胎心音監測、進行內診，於
04 19時55分許、20時20分許分別測得胎心率179、178次/分，陳
05 敬軒囑其返家觀察、未辦理住院等情，為兩造所不爭。
- 06 2. 據衛生福利部（下稱衛福部）醫事審議委員會（下稱醫審會）
07 鑑定書記載，胎心音監測可分為Category I II III三類（下分稱
08 第一、二、三類），倘胎兒心律非正常即落在基準110至160
09 次/分、具備一定之變異性且無心跳減速之第一類，亦非異常
10 即心跳喪失變異性合併反覆出現胎心音減速或心搏過緩之第三
11 類，則歸於第二類，仍屬不正常胎心音，須留院給予子宮內復
12 甦術，評估可矯正狀況、給予治療，然後重新評估，不應以醫
13 囑使產婦返家。
- 14 3. 雖上訴人辯稱A O 1第一次就診未住院，又因104年間電腦故
15 障硬碟毀損滅失，致無第一次就診胎心音監測紙本與電子紀
16 錄。惟病歷紀錄由臺北榮總製作持有保管，是否留院、住院及
17 掛號非被上訴人得決定，有關卷內欠缺上開紀錄供查閱判斷所
18 可能產生之不利益，不應歸由被上訴人承擔。上訴人應就其辯
19 稱第一次就診胎心音連續監測狀況屬正常一節，負舉證責任。
- 20 4. 稽諸A O 1兩次就診均有裝置胎心音監測儀器、其出院病歷摘
21 要記載（第二次就診）胎心音監測顯示持續心搏過速（約180
22 至190bpm）伴隨正弦波（sinusoidal wave）、建議緊急剖腹
23 （emergent C/S）；陳敬軒對第一次就診時有無看過胎心音監
24 測器波形且判讀之陳述前後不一，而A O 2陳述葉長青與訴外
25 人陳晟立醫師對第二次就診之胎心音波形及如何處置方式意見
26 不一等節與陳敬軒此部分證述相符，其為產婦配偶及胎兒生
27 父，兩次陪同A O 1就診，對前後發生經過記憶深刻而可採
28 信。A O 2已就兩次就診關於胎心音監測狀態相同且為正弦波
29 提出質疑，陳敬軒及葉長青、陳晟立等3位醫師離開待產室至
30 護理站，顯有調閱電腦中第一次就診胎心音監測紀錄之舉，然
31 該3人對此卻稱不記得、無印象，避談共同查看第一次與第二

01 次就診之胎心音波形均呈持續性心搏過快，非屬第一類正常胎
02 心音之事實。佐以專家證人即國立清華大學特聘講座教授趙蓮
03 菊、國立陽明交通大學（下稱陽明交大）統計學研究所教授黃
04 冠華出具之專業意見，以統計學角度分析，倘已知胎心音出現
05 178、179次/分紀錄時，胎兒符合第一類正常胎心音之機率甚
06 低。綜據上情，可認A 0 1兩次就診時胎心音同為持續心搏過
07 速之異常狀況。至陽明交大公共衛生研究所副教授郭炤裕提出
08 美國加州大學Irvine分校機器學習儲存庫，關於分析追蹤時間
09 25至50分鐘（width）滿足出現兩次以上瞬間胎心率大於178
10 次/分之樣本數有16位、其中正常胎兒有14位之資料，樣本數
11 過低，不具統計學意義，且由臺北榮總醫師提供，無從憑以推
12 認第一次就診胎心音狀況符合第一類正常胎心音。

13 5. 基此，陳敬軒於第一次就診時疏未觀察判讀胎心音連續監測紀
14 錄，致未發現胎兒持續心搏過速之異常狀況，未將A 0 1留院
15 觀察給予適當處置，不符醫療常規而有過失。

16 (二)臺北榮總醫療團隊於A 0 1第二次就診，有遲延完成剖腹產手
17 術之情事：

18 1. 兩造不爭執A 0 2於103年4月27日凌晨0時20分簽署手術同意
19 書、A 0 1於凌晨1時30分推入手術室，由陳晟立主刀，凌晨2
20 時10分娩出甲○○之事實。

21 2. 依被上訴人提出之世界衛生組織、美國婦產科醫師學會及英國
22 國家健康與照護卓越研究院之緊急剖腹產指示等醫學文獻，當
23 醫師決定緊急剖腹產，應於30分鐘內完成，若逾此時間，不符
24 醫療常規。陳晟立醫師到院與葉長青醫師討論後，於當日凌晨
25 0時20分決定剖腹產，要求A 0 2於手術同意書簽名、病歷載
26 明emergent C/S（緊急剖腹產），即有爭取時間儘速完成生產
27 之意。陳晟立對為何自簽署手術同意書後近2小時始剖腹取出
28 胎兒一節，僅稱係按正常流程準備需要時間，未提出具體且合
29 理之解釋，可認主治醫師陳晟立有遲延完成剖腹產之過失。

30 (三)胎兒缺氧為心搏持續過速之可能原因，甲○○之腦損傷與在母
31 體內有缺氧情形，具高度相關性：

- 01 1. 勘驗甲○○出生過程之產房錄影畫面、對照病程護理紀錄，其
02 出生時即狀況不良，且甲○○出院病歷摘要載有「Meconium a
03 spiration syndrome（胎便吸入症候群）」，參照臺北榮總護
04 理部健康e點通網頁文章（胎兒缺氧會吸入胎便）、臺中榮民
05 總醫院婦女醫學部產房工作手冊記載（胎兒缺氧係胎心率過速
06 可能原因之一），甲○○持續胎心音過速疑係在母體內缺氧。
07 又據證人即臺北榮總兒童醫學部主治醫師曹珮真檢視甲○○及
08 A 0 1之病歷紀錄後出具之專業意見書與其到庭之證述，造成
09 甲○○出生時發生周產期窒息（Birth asphyxia）之原因不
10 明，導致其缺氧性腦病變之缺氧性事件發生時點無法準確判
11 斷，但依腦部超音波變化與腦部核磁共振，推測最有可能時間
12 為臨產前。而胎兒缺氧係胎兒窘迫可能原因之一，依甲○○之
13 病歷紀錄，顯示無法排除其出生過程缺氧與缺氧性腦病變及罹
14 患腦性麻痺間之因果關係。又比對A 0 1第二次就診，葉長青
15 醫師告知胎心音呈現正弦波、有胎兒窘迫、需緊急剖腹產，剖
16 腹取出當下，甲○○心跳降至小於60、吸入胎便、四肢癱軟不
17 動、發紺，足可證明甲○○在子宮內有缺氧情形，且與缺氧性
18 腦病變之因果關係確實存在。甲○○未能及時剖腹產出進行急
19 救，應與其因腦病變導致罹患腦性麻痺之結果間具高度相關
20 性。
- 21 2. 至醫審會檢視病歷表後，鑑定書做出第二次就診係由陳敬軒發
22 現產婦胎心音異常而為醫療行為等與實情不符之判斷，對胎兒
23 母體內缺氧是否係持續性胎心音過速可能原因避而不談，且胎
24 兒在母體內是否有缺氧問題答非所問。國立成功大學醫學院附
25 設醫院病情鑑定報告書（下稱成大醫院鑑定報告）未就病歷資
26 料分析或不予回復，多係引用醫審會鑑定書而未獨立判斷，其
27 等鑑定意見均有瑕疵，復均拒絕派員到庭說明，所為符合醫療
28 常規，或胎心音過速之原因眾多、無法判斷係缺氧造成，或本
29 案無確切證據證明腦傷原因為何等論述，自難採取；且事證已
30 明，亦無再發函囑請其等為補充鑑定之必要。
- 31 (四)本件應有舉證責任轉換之適用：

01 1. 被上訴人已就陳敬軒、陳晟立醫師有醫療疏失盡舉證責任，並
02 就因此導致甲○○發生缺氧性腦病變而有腦性麻痺之結果，致
03 甲○○之身體健康權受損害，及該醫療疏失與甲○○所受損害
04 間具有相當因果關係等事項，已提出相當之舉證，應可發生舉
05 證責任轉換之效果，轉由上訴人就其無因果關係之抗辯舉證。

06 2. 陳敬軒於A 0 1第一次就診時，如能觀察判讀胎心音監測紀錄
07 發現持續心搏過速狀況，給予A 0 1留院觀察適當處置，可使
08 甲○○因提早剖腹產出及早獲得救治，陳晟立亦證稱如其7點
09 多就看到這樣（胎心音）波形，伊想當時就會決定提早剖腹產
10 等語；第二次就診時，陳晟立醫師遲延完成剖腹產，使甲○○
11 產出實際獲得救治時點更為劣後，應認其等均有醫療過失，導
12 致甲○○因缺氧性腦病變罹有腦性麻痺之結果，均應就自己醫
13 療疏失，所致甲○○因缺氧性腦病變罹有腦性麻痺之結果，按
14 50%比例各自負責。臺北榮總就受僱人陳敬軒負責範圍與之負
15 連帶賠償責任，就陳晟立之過失負僱用人之賠償責任。

16 (五)經臺北榮總評估及勘驗甲○○現狀影像光碟，其重度腦性麻
17 痺、智能不足，飲食、穿脫衣、盥洗衛生等均無法自理，就認
18 知、語言、動作、社會情緒等各功能均發展遲緩，終身完全喪
19 失勞動能力，並須依賴他人照顧。以其自22歲至60歲退休（工
20 作期間38年），基本工資每月2萬8元，及餘命74年、每月需看
21 護費用2萬907元計算，依霍夫曼式計算法扣除中間利息，得請
22 求喪失勞動能力、增加看護費用之損害額分別為519萬2189
23 元、786萬4923元，甲○○將該看護費用債權讓與A 0 22人。
24 又甲○○因系爭醫療事故造成腦性麻痺，嚴重衝擊人生規劃，
25 精神受有痛苦，A 0 22人身為甲○○父母，在照顧上須較一
26 般孩兒多數倍精神及體力，因親密關係所生身分法益遭重大侵
27 害，暨審酌兩造之身分、地位、資力等一切情狀，被上訴人得
28 各請求精神慰撫金200萬元。

29 (六)綜上，甲○○得請求喪失勞動能力、精神慰撫金共計719萬218
30 9元、A 0 22人得請求看護費用786萬4923元、精神慰撫金各2
31 00萬元，其中半數由上訴人連帶賠償，餘半數由臺北榮總賠

01 償。從而，被上訴人依民法第184條第1項前段、第2項、第193
02 條第1項、第195條第1項、第3項、第188條第1項前段規定，為
03 前開聲明之請求，為有理由，應予准許，其餘請求權基礎，毋
04 庸再予審酌等詞，為其判斷之基礎。

05 □本院判斷：

06 (一)按醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、裁量性及複雜
07 性，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
08 之違反，必須斟酌該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水
09 準、醫療設施、工作條件及緊急迫切情狀，暨醫師就具體個案
10 之專業裁量、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷。次按損
11 害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，並二者之
12 間，有相當因果關係為成立要件。而在病患對醫療機構或人員
13 請求損害賠償訴訟，就過失之醫療行為與病人生命、身體或健
14 康損害間因果關係之存否，原則上應由被害人負舉證責任。考
15 量醫療行為之專業性、醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對
16 等，法院衡量病患請求醫療專業機構或人員損害賠償之訴訟，
17 由病患舉證有顯失公平情形，固得依民事訴訟法第277條但書
18 規定或誠信原則，降低或轉換病患之舉證責任，惟病患仍應就
19 其主張醫療行為有過失、並該行為與損害結果發生之因果關係
20 存在，先證明至使法院之心證度達到降低後之證明度，獲得該
21 待證事實為真實之確信，始得認其已盡舉證責任。更以，倘當
22 事人就舉證責任之分配或有無舉證責任轉換有所爭執，為充實
23 言詞辯論內容，基於武器平等及保障當事人之程序權，盡其踐
24 行注意令當事人就訴訟關係之事實及法律得為適當完全辯論義
25 務，防止發生突襲性裁判，法院應為適當之闡明，將其對紛爭
26 事實具體之舉證責任分配之認識、判斷（例如在何種情況下將
27 為舉證責任之減輕或轉換），為「適時或適度」之公開，使兩
28 造知悉待證事實舉證責任之分配，並促使負舉證責任之當事人
29 得盡力為有利於己證據之提出，而除不必要者外，法院應進行
30 證據之調查，進而將調查證據之結果，依同法第297條第1項規

01 定，曉諭當事人為適當完全之辯論，其踐行之訴訟程序始得謂
02 為無瑕疵。

03 (二)查原審據被上訴人提出之世界衛生組織 (WHO)、美國婦產科
04 醫師學會 (ACOG) 及英國國家健康與照護卓越研究院 (NICE)
05 等醫學文獻，以當醫師決定緊急剖腹產須於30分鐘內完成為醫
06 療常規，認定陳晟立與葉長青醫師就胎心音波形及處置方式互
07 為討論後，於103年4月27日凌晨0時20分決定剖腹產、A O 1
08 於凌晨1時30分推入手術室、陳晟立主刀於2時10分 (時間近2
09 小時) 分娩出甲○○，有遲延完成剖腹之醫療過失之事實 (原
10 判決第24至25頁)。惟稽諸卷附美國婦產科醫師學會 (ACOG)
11 文獻指明，提供分娩服務之醫院應有能力在決定手術後30分鐘
12 內開始剖腹產 (hospitals should have the capability of
13 beginning a cesarean delivery within 30 minutes of the
14 decision to operate) 之門檻缺乏支持之科學證據 (the sci
15 entific evidence to support this threshold is lackin
16 g.)，而是應兼顧母體和胎兒風險和益處，並依據當地情況與
17 後勤安排合理調整剖腹時間 (it is reasonable to tailor t
18 he time to delivery to local circumstances and logisti
19 cs.) (原審醫上卷一第181頁)；英國國家健康與照護卓越研
20 究院 (NICE) 之文獻，則就非計畫性CS (剖腹產) 於決策至分
21 娩間隔區分第1類CS：30分鐘、第2類CS：30分鐘與75分鐘 (同
22 上卷第183頁)。似見決定剖腹產至分娩之時間間隔應視產婦
23 與胎兒之因素，暨當地醫療與後勤準備狀況而為調整，並依其
24 緊急程度而有不同。果爾，剖腹產能否不論其緊急程度，一律
25 應於30分鐘內完成，若超過30分鐘，即不符「醫療常規」(Pr
26 ofessional custom或customary practice)？即非無疑。其
27 次，原審併認定葉長青與陳晟立醫師就A O 1第二次就診之胎
28 心音是否為正弦波互為討論後，雙方就應否立即手術尚有不同
29 意見 (原判決第16頁)，而A O 1出院病歷摘要記載第二次就
30 診胎心音監測紀錄為「around 180-190bpm」(一審卷一第99
31 頁)、成大醫院鑑定報告說明該胎兒狀況屬於ACOG之第二類

01 (原審醫上卷二第14頁)；證人葉長青醫師對A O 1 出院病歷
02 摘要記載「emergent C/S」一節，則說明剖腹產分成預約與
03 臨時兩種狀況，因當日係臨時剖腹產，乃在病歷上用語載為
04 「emergent C/S」(原審更一卷一第354頁)，核與上訴人提
05 出之考試用書「實用產科護理」關於剖腹產依其是否事先安排
06 而分為「事先安排」剖腹產、「臨時緊急」剖腹產類型(原審
07 更一卷二第180頁)、NICE Clinical Guideline (November 2
08 011)「Caesarean section」(剖腹產手術)，載有傳統選擇
09 性與緊急剖腹產手術之術語，近期已被計畫與非計畫內剖腹產
10 手術所取代，並將非計畫內剖腹產依產婦與胎兒生命、健康威
11 脅程度再細分4類(同上卷第35至38頁)等說明相符，佐以前
12 述ACOG等醫學文獻表示決定手術至開始剖腹產時間間隔，尚應
13 兼顧產婦和胎兒因素及當地情況與後勤安排合理調整，暨成大
14 醫院鑑定報告亦稱實際臨床處置，仍需由醫師根據當時之母胎
15 狀況來做判斷(原審醫上卷二第14頁)；陳晟立醫師亦證稱伊
16 在臺北榮總進行一般剖腹產標準流程時間約1.5至2小時，包括
17 腰椎麻醉要灌水1千CC、準備皮膚等，都需要時間，因(A O
18 1)胎心音短時間無立即變化，故未選擇全身麻醉做最緊急剖
19 腹產程序等語(原審更一卷二第211頁、第215至219頁)。綜
20 合上情，陳晟立醫師本於其專業裁量就本案進行之剖腹產手
21 術，能否謂其自決定剖腹產至分娩未於30分鐘內完成，即有遲
22 延而有過失？自滋疑義，關涉陳晟立醫師有無醫療過失，臺北
23 榮總對之應否負僱用人賠償責任之判斷，有進一步釐清之必
24 要。原審未綜合考量當時當地醫療常規、醫療水準、醫療設
25 施、工作條件及緊急迫切等情狀，逕以陳晟立醫師自決定剖腹
26 產至分娩完成逾30分鐘，即認有遲延完成剖腹產之過失，進而
27 為此部分不利臺北榮總之判決，已嫌速斷。

28 (三)次查A O 1 前後兩次就診時，胎心音狀況係同為持續心搏過速
29 之異常，第一次就診時，陳敬軒未為將A O 1 留院觀察之適當
30 處置；第二次就診時，陳晟立醫師自決定剖腹產至完成分娩未
31 於30分鐘內完成，使甲○○未能及時獲得救治，均有醫療過

01 失，又因胎兒缺氧係心搏過速之可能原因之一，且甲○○之腦
02 損傷應與在母體內有缺氧情形具高度相關性，應轉換舉證責
03 任，由上訴人就甲○○之身體健康受損害與前開醫療疏失間無
04 因果關係負舉證責任，固為原審所認定。惟上訴人於原審抗辯
05 新生兒腦性麻痺原因眾多，與上訴人之醫療處置間不具因果關
06 係等語（原審更一卷四第247頁），而據醫審會鑑定書意見：
07 持續胎心音過速（胎兒心跳超過160次/分維持至少10分鐘）可
08 能原因為感染、藥物導致、產婦內科疾病、產科狀況（如胎盤
09 早期剝離）、胎兒心律不整等；依文獻報告（Management of
10 Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings第5頁左欄第2行至
11 第3行），僅有胎心音過速，無法判斷是否缺氧，從而無法判
12 斷胎心音過速為缺氧所造成；現行臨床對胎兒缺氧性腦病變成
13 因仍有未明之處，依文獻報告（Intrapartum Fetal Heart Ra
14 te Monitoring:Nomenclature, Interpretation, and General
15 Management Principles），出生時若發生胎兒缺氧，有63%
16 並無法得知成因為何，本案依病歷資料，胎兒缺氧性腦病變與
17 剖腹產時間無關；依文獻報告（The Apgar Score2015版第3頁
18 左欄第15行至第18行），當第5分鐘之Apgar score（新生兒指
19 數）分數大於或等於7分時，新生兒腦病變與生產前後之缺氧
20 事件關聯性很低，本案依病歷紀錄，嬰兒於出生後第5分鐘之A
21 pgar score為7分，屬正常範圍之分數；新生兒腦傷有很多原
22 因，包含受孕時就存在之遠端風險因子、懷孕期間或待產期間
23 之近期風險因子及待產或新生兒時期急性事件造成腦部傷害，
24 而本案並無確切證據證明腦傷原因為何等語（一審卷四第24、
25 25、27、28、31頁）；成大醫院鑑定報告亦認同醫審會關於缺
26 氧性腦病變受多重不確定因素影響、新生兒腦傷原因很多，包
27 含受孕時即存在之遠端風險因子、懷孕期間或待產期間之近期
28 風險及待產或新生兒時期急性事件造成腦部傷害，本案並無確
29 切證據證明腦傷原因為何及胎心音異常原因眾多等專業意見
30 （原審醫上卷二第11、12、13、16頁）。似見醫審會及成大醫
31 院鑑定意見均認定本件甲○○腦傷原因不明、胎兒缺氧性腦病

01 變與剖腹產時間無關，及新生兒腦病變與生產前後之缺氧事件
02 關聯性很低。即使受被上訴人委託出具專業意見之曹珮真醫
03 師，亦認為依據美國國家衛生研究院之資料，常見腦性麻痺可
04 能原因眾多，單就甲○○本身住院紀錄推斷，最有可能導致腦
05 性麻痺之原因依序為周產期窒息與周產期感染皆無法排除，而
06 造成周產期窒息之原因不明；導致甲○○缺氧性腦病變之缺氧
07 性事件最有可能發生之時點無法準確判斷（原審更一卷一第36
08 8、369頁）。倘若如此，陳敬軒未於A O 1第一次就診時予以
09 留院觀察，第二次就診時陳晟立未於30分鐘內完成剖腹產，與
10 甲○○發生缺氧性腦病變並導致腦性麻痺之損害間是否具相當
11 因果關係？即非無疑。攸關上訴人是否應就被上訴人之損害負
12 賠償責任，自應釐清究明。縱原審認為該舉證責任應轉換由上
13 訴人負擔，亦應依前開意旨就此予以適度闡明，使上訴人就該
14 因果關係之不存在聲明證據，以進行證據之調查。更以，倘原
15 審認醫審會與成大醫院鑑定意見推斷之案情事實有誤，或如原
16 審認定兩次就診胎心音狀況應同屬心搏過速之異常事實，二鑑
17 定機構對胎兒母體內缺氧是否係持續性胎心音過速可能原因、
18 對胎兒在母體內是否有缺氧問題等未予回答，均表示不便派員
19 至法庭說明之情況，亦非不得再函請二鑑定機構為補充鑑定說
20 明，衛福部111年12月13日函表示如對鑑定內容另有意見、新
21 事證或文獻資料，可詳述問題再函請醫審會鑑定（原審更一卷
22 三第141至142頁），成大醫院112年1月10日函亦表示願以書面
23 詳復待釐清之事項（同上卷第169頁），未見有拒絕補充鑑定
24 之意思。果爾，上訴人於原審聲請補充鑑定臨床上如何判斷胎
25 兒於母體內屬於缺氧狀態？就臨時性剖腹產於病歷上以「emer
26 gent C/S」表示，是否合於醫療常規？臨床上何種情況醫療團
27 隊須於30分鐘內進行剖腹產將胎兒娩出？依A O 1第二次就診
28 情形，是否可判斷胎兒已屬缺氧狀態？陳晟立醫師剖腹產手術
29 是否有延誤之疏失？A O 1第一次就診如立即安排剖腹產、第
30 二次就診如於30分鐘內以剖腹產手術將胎兒娩出，是否甲○○
31 即可能不會發生缺氧性腦病變等項（原審更一卷三第462至474

01 頁、卷四第280至297頁)。在在與陳敬軒、陳晟立醫師之醫療
02 處置有無過失，及與甲○○之腦傷結果間有無因果關係之判
03 斷，攸關頗切，俱應調查審認。乃原審竟以前揭理由，對有利
04 上訴人之鑑定意見與所據醫學文獻資料全部摒棄不採，對上訴
05 人請求補充鑑定部分亦不予調查，逕以舉證責任轉換為由，遽
06 為不利上訴人之判決，亦有可議。

07 (四)上訴論旨，指摘原判決不當，求予廢棄，非無理由。

08 □據上論結，本件上訴為有理由。依民事訴訟法第477條第1
09 項、第478條第2項，判決如主文。

10 中 華 民 國 113 年 12 月 19 日

11 最高法院民事第七庭

12 審判長法官 林 金 吾

13 法官 陳 靜 芬

14 法官 蔡 孟 珊

15 法官 藍 雅 清

16 法官 高 榮 宏

17 本件正本證明與原本無異

18 書 記 官 林 沛 侯

19 中 華 民 國 113 年 12 月 26 日