臺灣新竹地方法院民事判決

102年度醫字第2號

原　　告　孫○○
兼 法 定
代 理 人　孫源杰
原　　告　林煥章
　　陳月娥
上四人共同　林鳳秋律師
訴訟代理人
複 代 理 人　張家琦律師
　　劉珍珍
被　　告　翁榮聰
　　國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處
法定代理人　楊仲棋
上　一　人
訴訟代理人　吳家凱
上二人共同
訴訟代理人　魏順華律師

上列當事人間損害賠償事件，本院於民國108年8月22日辯論終結，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

壹、程序方面

一、按當事人喪失訴訟能力或法定代理人死亡或其代理權消滅者，訴訟程序在有法定代理人或取得訴訟能力之本人，承受其訴訟以前當然停止；又第168條至第172條及前條所定之承受訴訟人，於得為承受時，應即為承受之聲明，他造當事人，亦得聲明承受訴訟；聲明承受訴訟，應提出書狀於受訴法院，由法院送達於他造，民事訴訟法第170條、第175條、第176條分別定有明文。本件被告國軍新竹地區醫院附設民眾診

療服務處（下稱國軍新竹醫院）之法定代理人原為黃崇堤，嗣於訴訟程序進行中變更法定代理人為楊仲棋，被告國軍新竹醫院並提出書狀聲明承受訴訟，核無不合，應予准許。

二、次按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴；但擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。本件原告起訴時，其訴之聲明原為：「 被告等應連帶給付原告孫○○新臺幣（下同）16,463,378元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。 被告等應連帶給付原告孫源杰330萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。 被告等應連帶給付原告林煥章3,339,488元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。ŋ被告等應連帶給付原告陳月娥3,543,245元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。ē原告等願供擔保，請准為假執行之宣告。」，嗣於民國102年8月2日調解期日及108年3月8日當庭更正原告孫○○、孫源杰上開請求金額各為16,493,434元及300萬元（見本院102年度司竹調字第113號卷第99頁，下稱調解卷、本院卷三第4頁），核其擴張、減縮應受判決事項之聲明，合於前開規定，原告所為訴之變更，應予准許。

貳、實體方面

一、原告主張：

（一）原告孫源杰為訴外人即被害人林○○之配偶，原告孫○○為林○○之女，原告林煥章、陳月娥為林○○之父母。林○○於99年10月6 日至被告國軍新竹醫院婦產科門診初診，預產期為100 年5 月23日，並持續於該院進行產檢。100 年1 月3 日妊娠血糖篩檢結果為193.9mg/dL（參考值59~120mg/dL ），經診斷為妊娠糖尿病。100 年5 月9 日林○○產檢時妊娠超過38週，血壓為125/76mmHg，尿液篩檢結果呈現20毫克蛋白尿（參考值為陰性），經超音波檢查結果預估胎兒體重約為3359公克。林○○聽從被告翁榮聰

醫囑，於100 年5 月10日13時40分至被告國軍新竹醫院住院，由被告翁榮聰為其接生。惟林○○入院待產期間，被告翁榮聰就林○○之身體變化狀況並未加以注意照護，亦未就胎心音是否已出現異常情形，並判斷胎兒在子宮內是否可能已發生窘迫窒息之危險，以預先作適當處置及急救之準備，亦未於產前照會小兒科醫師至產房待命急救，致林○○於翌日即100 年5 月11日15時30分起持續發燒38度以上，21時05分許，林○○因產道全開被移入產房後，突然發生眼睛上吊、雙手抽搐約30秒，隨即發生口吐白沫之情形，經護士緊急呼叫被告翁榮聰，被告翁榮聰方於21時09分許進入產房，被告翁榮聰進入產房後雖醫囑緊急生產，然就林○○已發生之抽搐、口吐白沫等病症並未加處理，21時19分許被告翁榮聰以抽吸方式接生新生兒即原告孫○○，惟原告孫○○產出時重量3920公克，無哭聲、無活動力、四肢癱軟、膚色發酣、無呼吸，被告翁榮聰始緊急聯絡小兒科醫師急救，造成原告孫○○經診斷受有週產期窒息及缺氧缺血性腦病變等無法回復，且嚴重減損原告孫○○健康及生活機能之重傷害。而林○○於21時36分由被告翁榮聰以希氏式剝離法撥離胎盤，21時37分林○○即發生陰道大量出血，21時45分林○○跌坐於產檯旁之地上，經原告孫源杰進入產房協助將林○○扶上產檯，當時林○○經叫喚無回應，心跳126次/分、呼吸20次/分，惟無法量得血壓。被告翁榮聰雖囑咐護理師按摩林○○子宮，以促進子宮收縮，並給予子宮收縮藥物（Methergin及Cytotec；另Cytotec係塞入肛門）治療，並給予點滴注射代用血漿（Haes）500mL× 2瓶，然未即時對林○○進行凝血功能（PT/APTT）檢查，及輸注新鮮冷凍血漿（FFP），復未施以子宮血管栓塞之治療或子宮切除之適當治療，遲至當晚23時43分始將林○○及原告孫○○轉診長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱林口長庚醫院）治療，林○○經轉診後，仍因大量出血致多重器官衰竭，於100年5月13

日上午8時47分許死亡。

（二）被告翁榮聰未善盡醫師法第12條之1之告知義務：

按子癲前症產婦會有水腫、蛋白尿及血壓高之情形，情況惡化時，會有感冒症狀而併有溶血、血小板低下和肝功能異常並發生肝臟梗塞壞死等情形，亦會使胎兒之胎心音變異性減少、胎心速率下降等胎兒窘迫之情形，狀況更為惡化時，產婦會發作癲癇轉為子癲症，即會併有大腦出血、凝血功能障礙及瀰漫性血管凝血不全（DIC）大出血等高度危急甚至死亡之結果，被告翁榮聰本於其專業，自應對此情形提高警覺，當有子癲前症出現，唯一有效之救治方式，係立即剖腹產終止妊娠之處置，以避免產婦或胎兒之情況再惡化。又產婦發生癲癇之子癲症併發大出血不止之情形時，有效之救治方式就係給予能矯正凝血功能之新鮮冷凍血漿（FFP），以免導致死亡等不可回復之嚴重結果。查林○○於100年5月10日13時40分住院前，已有水腫、蛋白尿等子癲前症會出現的症狀，住院後5月10日晚間11時許更有高血壓140/101mmHg之情形，已符合子癲前症之情形，至隔日100年5月11日凌晨3時許開始反覆出現子癲前症會引發胎心音變異性減少等胎兒窘迫情形，更於同日下午3時出現感冒症狀（URI symptoms），顯示子癲前症有進一步惡化之跡象，而胎心音變異性減少異常之情形亦持續反覆發生，甚至多次有胎心音變異性消失之情形，至100年5月11日18時20分時，更有胎心音下降至100以下達20分鐘之久，表示子癲前症惡化嚴重已至不可逆之臨界點，惟被告翁榮聰未告知林○○其患有子癲前症、該病症可能病情發展，及建議剖腹產終止妊娠等處置，致林○○對於治療方式、相關利弊風險、是否前往其他大型醫院就醫等事項，均無從知悉並選擇，已違反醫師法第12條之1「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應」之告知義務。

（三）被告翁榮聰於林○○產後大出血時所為之醫療處置，未盡醫療上必要之注意義務，違反醫療常規而有過失：

9、本件被害人林○○係子癲前症而於生產時發生癲癇轉為子癲症之情形，可能產生凝血功能異常之狀況，被告翁榮聰於林○○住院後未預先施作血液凝結狀態（PT，APTT）之檢測，而林○○於大出血時，被告翁榮聰亦未進行凝血功能檢查，致未給予有豐富凝血因子之FFP（新鮮冷凍血漿）以補充凝血因子，僅給予紅血球濃縮液（PRBC）4單位，且未啟動非常緊急輸血機制延遲輸血，導致病患因凝血功能遲未被矯正，而產生DIC瀰漫性血管凝固不全，導致死亡之結果，不符醫療常規，且與醫療法第73條及醫療法施行細則第50條轉診前應先行給予必要處置之規定有違，應推定有過失。

8、又依護理記錄記載，100年5月11日21時37分林○○胎盤娩出後，發現陰道大量出血，被告翁榮聰醫囑護理師予以按摩子宮，以促進子宮收縮及給予子宮收縮藥（Methergin及Cyxotec;Cytotec係塞入肛門）治療，可知被告翁榮聰於林○○生產後陰道大量出血時，曾給予Cytotec之藥物以促進子宮收縮。惟據Cytotec藥物原廠仿單所載，該項藥品核准適應症為胃潰瘍，是促進子宮收縮並非該藥經核准使用之適應症，參諸衛生福利部91年2月8日衛署醫字第0910014830號函公告藥品「仿單核准適應症外的使用」原則，可見藥物使用於核准適應症外之情形，應於使用前據實告知，則被告翁榮聰於使用Cytotec前，並未告知林○○或其家屬該藥物並非經核准使用於產後之子宮收縮，顯然已經違反上揭原則，況其又與另外促進子宮收縮之Methergin藥物同時使用，亦與上開規定不符。況且，依據Cytotec藥物原廠仿單及相關醫學文獻記載，使用該藥物會造成「陰道出血」及「瀰漫性血管內凝固不全病變」（Disseminaed intravascular coagulation,DIC）等併發症，益證被告翁榮聰對於林○○產後所併發陰道出血及瀰漫性

血管內凝固不全病變而死亡之情形確有過失。又產後出血時，按醫療常規應使用oxytocin及methylergonovine藥物，本件於林○○發生產後出血時，被告國軍新竹醫院當時亦有上開兩種藥物可供使用。被告翁榮聰當時既已使用Methergin之子宮收縮藥物，則其在無使用Cytotec之必要下再行使用，不符醫療常規。

7、本件被告國軍新竹醫院並無施行血管栓塞之人力設備，然被告翁榮聰於病患大出血產生DIC瀰漫性血管凝固不全，且100年5月11日晚間21時45分已量測不到血壓之危急情況時，仍未就國軍新竹醫院並無施行血管栓塞之人力設備情形予以告知，亦未立即將病患辦理轉診，而係遲至100年5月11日晚間23時43分才將病患轉出，已違反醫療法第6條、第7條及第73條轉診義務。又距離被告國軍新竹醫院2公里處即有台大醫院新竹分院之大型醫療機構，然被告非但未及時將病患轉診該院，反將病患送至遠在桃園市龜山區，距離幾近60公里之林口長庚醫院，亦與緊急醫療救護法第36條、第38條規定未符，被告翁榮聰有違反轉診義務之過失。

6、再林○○於100年5月11日20時許之血紅素為9.2。較被告國軍新竹醫院所附檢驗單之平均正常值13.3已減少百分之30已上，之後於同日21時37分因出血量多之時，且最遲至同日21時45分已併有意識不清，對叫喚無回應之際，則應以全血為輸血之第一優先考量，被告翁榮聰即應給予林○○輸入全血，卻遲至同日23時34分轉院之際才替林○○輸用全血，延遲達近2小時，自有嚴重之過失。

5、林○○於99年10月27日白血球已高達13000，100年4月20日已有急性上呼吸道感染，100年5月11日待產時之12時40分體溫37.5度，於15時30分為38度，19時45分為38.6度，且心跳於12時40分之後均大於90下，到19時45分更達96下，已符合教科書所定義體溫大於38，心跳大於90之嚴重感染症狀，尤其白血球亦大於12000，且此時抽作於20時45

分CRP感染指數報告結果更高達9.695，較被告國軍新竹醫院記載之正常值0至0.5，已高達近20倍，足證林○○已有嚴重感染、敗血症之情，被告翁榮聰於林○○有發燒、CRP數值高之嚴重感染之情形，應即給予抗生素之治療，以避免發生休克之危急症狀，被告翁榮聰卻未給予，以致林○○之感染病情持續加重，而致後來休克之狀況，確有過失。再由教科書可知solu-cotef類固醇會造成細菌感染嚴重，惟被告翁榮聰不僅就林○○嚴重細菌感染之情，未立即給予抗生素之治療，竟完全未告知前來協助急救之程○○、柯○○二位醫師，以致給予會造成細菌感染加重之solu-cotef類固醇，更有重大過失。另對心律不整之病患，未給予電擊卻給予錯誤之心臟按壓，亦有疏失。

（四）被告翁榮聰之過失行為與林○○死亡以及原告孫○○所受傷害之結果間，具有因果關係：

據上，林○○因被告翁榮聰上開過失行為，導致死亡之結果，而林○○於100 年5 月11日18時20分至40分期間發生胎兒心跳下降至100 以下之心搏過緩情形，足證子癲前症之更形惡化，造成母體及胎兒進一步窘迫之情形，而應立即終止妊娠給予剖腹產，惟被告翁榮聰疏未立刻為林○○進行剖腹產或為任何處置，導致林○○果於同日21時8 分發生喪失意識癲癇以及於產後發生大出血不止，致原告孫○○出生時新生兒評估為0 分，無哭聲、無活動力、四肢癱軟、膚色發酣、無呼吸，經診斷受有週產期窒息及缺氧缺血性腦病變等無法回復，且嚴重減損原告孫○○健康及生活機能之重傷害，足見被告翁榮聰前開過失行為與林○○死亡，及原告孫○○重傷害之結果，均具有相當因果關係。

（五）被告翁榮聰對於上開過失行為，業已認諾在案：

承前述，被告翁榮聰之醫療行為存有前開過失，詎被告翁榮聰為掩飾上情，竟於原告第一次申請影印病歷時，將100 年5 月11日病歷上足以判斷已有「子癲前症惡化」之「

感冒症狀」（URI symptoms）等文字予以遮蔽，致該日病歷第一頁最後之文字為「patient stated that 」，於第二次影印時卻赫然出現「she had the URI symptoms」，且被告方面於第一次影印病歷時，更刻意將病歷影印專用章最底部蓋於「patient stated that」之末端並與該等文字之底部平行，造成該等文字就是最後一行之假象。此外，被告更故意不提供多達78頁之胎心音監測記錄予原告，以為掩飾林○○及胎兒於待產期間有子癲前症持續惡化之情形，其卻不為積極處置之過失，足見被告翁榮聰過失之重大，以及事後意圖掩飾惡意之明顯。又被告翁榮聰為掩飾其於林○○100年5月11日21時37分發生大出血後未即時給予施作凝血功能（PT /APTT）檢查及給予輸注新鮮冷凍血漿（FFP）過失，及疏於對林○○為妥適救治處理之情，復製作不實之治療紀錄，形成於當日21時42分及23時35分有施作凝血功能（PT /APTT）檢查以及給予輸注新鮮冷凍血漿（FFP）之假象，且於訴訟程序進行中辯稱：因檢體溶血及重新抽作檢驗（PT /APTT），且解凍時間需要30分鐘至1小時而未能使用輸注新鮮冷凍血漿（FFP）等語，惟參之醫檢師己○○證稱其並未收到檢體；護士連○○即連○○證述：新鮮冷凍血漿（FFP）只要3分鐘就可以解凍，足見本件並無被告翁榮聰所辯冷凍血漿解凍不及而未輸注之情。佐以被告翁榮聰於刑事交付審判案件調查時，雖稱其當日領全血的時間為22時41分，然與被告「治療記錄」記載當日備輸新鮮冷凍血漿之時間卻為23時35分等情不同，況且，倘22時41分即已領新鮮冷凍血漿，即使依被告翁榮聰所稱解凍時間要30分，則於林○○23時47分轉院前應已解凍輸注，是被告翁榮聰上開陳述與事實顯有不符，尚難憑採。據此，被告翁榮聰確有重大過失，而其於刑事交付審判案件108年1月24日調查時，當庭表示：「我自己的想法就是如果沒有辦法和解的話，就請法官判我有罪，這樣才可以給個交代，如果判決我有罪的話，這樣被害

人家屬就可以得到賠償等語」，堪認被告對其上開過失行為業已認諾。

（六）綜上所述，被告翁榮聰之醫療行為顯有過失，且其過失行為與林○○死亡及原告孫○○重傷害之結果，具有相當因果關係，依民法第184 條1 項、2 項規定，應負損害賠償責任，又被告翁榮聰係受雇於被告國軍新竹醫院，依民法第188條規定，被告國軍新竹醫院自應就原告所受損害負連帶賠償之責。再者，林○○與被告國軍新竹醫院間成立具委任性質之醫療契約存在，被告翁榮聰擔任該院之主治醫師，身分為被告國軍新竹醫院之履行輔助人，其既有重大醫療過失，依據民法第224條規定，被告國軍新竹醫院自應與自己之過失負同一責任，故原告自得依民法第227條第1項、第227條之1之規定請求被告國軍新竹醫院負連帶賠償責任。又原告係於同一訴訟程序主張侵權行為、債務不履行等訴訟標的，以單一聲明，請求法院為同一之判決，應屬訴之客觀重疊合併，如認原告上開數項訴訟標的中之一項為有理由，縱其餘請求為無理由，仍請依原告之聲明，為原告勝訴之判決，併此敘明。

（七）本件原告所受損害如下：

9 、原告孫○○16,493,434元：

－、減少勞動能力8,405,734元：

原告孫○○因被告翁榮聰之過失，出生即受有週產期窒息及缺氧缺血性腦病變等重大傷害，致其腦性麻痺並四肢癱瘓，目前仍無法翻身、坐、站、走，語言及認知發展遲緩，顯然減少全部勞動能力，斟酌原告孫○○之年齡、日後發展可能狀況等情事，認為勞動年數應自成年後起算至65歲止，共計45年，以100 年平均每人國民平均所得為計算之標準，依霍夫曼計算法扣除中間利息後一次給付賠償總額，原告孫○○因此所受減少勞動能力之損害為8,405,734 元。

一、看護費2,979,062 元：

原告孫○○出生後，因週產期窒息及缺氧缺血性腦病變等重大傷害，必須有人隨伺在旁全天候看護，每月須支出看護費用17,000元，故先請求自出生至20歲之看護費用，依霍夫曼計算法扣除中間利息後，計受有2,979,062 元之看護損失。

．、醫療費用30,056元：

j 、精神慰撫金300萬元：

原告孫○○因被告之過失受有上開傷害，其人生須長期受此痛苦，所受精神損害甚鉅，爰請求300 萬元之精神慰藉金以資補償。

LL、扶養費2,078,582元：

原告孫○○之母對其負有2 分之1 法定扶養義務，惟因被告之過失致死，爰依民法第192 條第2 項規定，並依霍夫曼計算法扣除中間利息後，請求原告孫○○所受扶養費之損害2,078,582 元。

ll、以上原告孫○○所受損害合計16,493,434元（計算式：8,405,734 ＋2,979,062 ＋30,056＋3,000,000 ＋2,078,582 ＝16,493,434）。

8 、原告孫源杰300萬元：

原告孫源杰與配偶林○○鶼鰈情深，因被告前開過失行為，致林○○死亡，且愛女孫○○又因週產期窒息及缺氧缺血性腦病變等重大傷害致其腦性麻痺並四肢癱瘓，原告孫源杰不僅悲痛逾恆，尚須身兼母職，爰請求精神慰藉金300 萬元。

7 、原告林煥章3,339,488元：

－、扶養費1,339,488元

林○○為原告林煥章之女，對其負有3 分之1 法定扶養義務（原告林煥章有二名子女），因被告之過失致林○○死亡，依霍夫曼計算法扣除中間利息後，請求此部分扶養費之損害1,339,488 元。

—、精神慰撫金200萬元：

原告林煥章因被告之過失，遭受白髮人送黑髮人之痛苦，爰請求精神慰撫金200 萬元。

．、以上原告林煥章所受損害合計3,339,488 元（計算式：1,339,488 ＋2,000,000 ＝3,339,488 ）。

6 、原告陳月娥3,543,245元：

－、扶養費1,543,245元

林○○為原告陳月娥之女，對其負有3分之1法定扶養義務（原告陳月娥有二名子女），因被告之過失致林○○死亡，依霍夫曼計算法扣除中間利息後，請求此部分扶養費之損害1,543,245元。

—、精神慰撫金200萬元：

原告陳月娥因被告之過失，遭受白髮人送黑髮人之痛苦，爰請求精神慰撫金200萬元。

．、以上原告陳月娥所受損害合計3,543,245元（計算式：1,543,245＋2,000,000＝3,543,245）。

（八）為此聲明：

9 、被告應連帶給付原告孫○○16,493,434元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5 計算之利息。

8 、被告應連帶給付原告孫源杰300 萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息。

7 、被告應連帶給付原告原告林煥章3,339,488元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5 計算之利息。

6 、被告應連帶給付原告陳月娥3,543,245 元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5 計算之利息。

5 、原告願供擔保，請准為假執行之宣告。

二、被告則以：

（一）被告翁榮聰之醫療行為並未違反醫療常規，被告二人毋須負賠償責任：

9 、被告翁榮聰為林○○接生所為各項醫療處置及以抽吸方式接生新生兒即原告孫○○，是否有原告所指述之業務上過

失，涉及專門之醫療知識，非有此方面專門研究之人予以診療鑑定，不足以資判斷，不宜以本件林○○產後大量出血經救治無效而不幸死亡，及原告孫○○產出後有腦病變之結果，即推認被告翁榮聰對本件接生手術有疏失，遑論原告對被告翁榮聰所提刑事業務過失致死、致重傷等告訴案件，經檢察官先後四次囑託衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）鑑定結果，均認定被告翁榮聰之醫療處置行為並未違反醫療常規，且被告翁榮聰遭原告指述涉有刑事責任部分，亦經臺灣新竹地方檢察署檢察官為不起訴處分確定，自難認其有侵權行為之過失，亦即難以認定有損害賠償之責任原因事實。

8、次參諸107年1月24日修正公布之醫療法第82條第1項、第3項規定，可知醫事人員以「違反醫療上之必要注意義務且逾越合理臨床專業裁量」作為負擔民、刑事責任之前提要件。此外，將醫療行為「容許風險範圍」明文化，亦即就「醫療上必要之注意義務」及「合理臨床專業裁量」等容許風險範圍，在第82條第3項明定「應以該醫療機構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」，以確保醫事人員在容許風險範圍內所為之醫療行為不至於遭到民刑事責任之追訴。本件原告主張被告二人應負系爭損害賠償責任，姑不論其並未舉證證明被告翁榮聰已違反「醫療上必要之注意義務」及「合理臨床專業裁量」之事實，且被告翁榮聰之醫療行為及處置，審酌被告國軍新竹醫院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判斷，亦無違反其醫療上必要之注意義務及逾越合理臨床專業裁量，已如前述，原告逕對被告為損害賠償之請求，亦非可採。

7、至被告翁榮聰於本院刑事庭107年度聲判字第8號交付審判案件108年1月24日調查時表示「我自己的想法就是如果沒有辦法和解的話，就請法官判我有罪，這樣才可以給

個交待，如果判決我有罪的話，這樣被害人家屬就可以得到賠償。」等語，究其緣由，係當日審判長訊問被告翁榮聰本件有無和解可能性，被告翁榮聰回答：「因為那時候是公務，醫院是公家單位，我只能就我公務員的身分，做我公務員的事情，所以我沒辦法就說給多少賠償，我…（被告對辯護人表示不好意思，我可能要暴走）。我跟告訴人孫源杰其實都有寒暄，我們並沒有因此而對立，但告訴人孫源杰說他要的是他的權益，我非常體會與認同，被害人死亡，家屬不能接受，我更不能接受。就像我是醫師，不是病人死亡，我就沒有關係，不是這樣的。…。但是，和解是需要一些依據，既然庭上有這樣的提議，我想放棄任何的抗辯，就讓庭上去決定，這對彼此都太痛苦了，又要回想到那件事情，對我們都很痛苦，但又不得不做這些事情。」等語。嗣審判長再詢問尚有何意見，被告翁榮聰接續前揭和解問題，方為上開陳述。事實上，當時被告翁榮聰在法庭上情緒激動，所謂「請法官判決有罪」純屬針對和解問題所為個人心情抒發之情緒性言詞，並非認罪，參以本件被告翁榮聰於所涉刑事偵查案件中，始終堅稱並無違反醫療常規即為無罪答辯，被告二人於本件訴訟程序中，亦否認有損害賠償責任，從未認諾，則原告主張被告翁榮聰已認諾乙節，即非可採。

6、原告起訴時就請求權基礎雖同時為侵權行為及債務不履行之法文規定，惟醫療機構與病人間之關係固存在契約關係，醫療機構之醫事人員與病人間則無契約關係，準此，被告翁榮聰並非契約主體，如何負擔債務不履行之賠償責任？又被告醫院如何為不完全給付等，原告亦未詳予敘明。原告復主張被告翁榮聰為被告國軍新竹醫院之受僱人，故被告醫院應負雇主之連帶損害賠償責任，但其引用之條文為民法第185條第1項之共同侵權行為之規定，則原告究竟主張被告二人間為共同侵權行為？抑或受僱人與雇主間之連帶損害賠償責任，應再進一步說明。第按選擇訴之合併

，係原告以單一之聲明，主張二個以上之訴訟標的，請求法院擇一訴訟標的為其勝訴之判決而言。原告如主張本件係侵權行為及債務不履行為選擇合併，依民法第184、185及188條之規定，固有連帶賠償之問題；至原告如主張依債務不履行為請求，充其量係被告醫院應就使用人之故意過失負同一責任，如何令被告二人負連帶賠償責任，不無疑義。

5、綜上，本件歷經醫審會前後四次鑑定俱認被告翁榮聰之醫療處置無違醫療常規，則依現行醫療法第82條第1項及第3項之規定，是被告翁榮聰自不負損害賠償責任；被告國軍新竹醫院於使用人翁榮聰無違反醫療常規之過失下，亦無負民法第188條連帶賠償責任之可言，另依醫療法第82條第4項規定，被告亦無故意或過失，並無同負債務不履行損害賠償責任之問題。

（二）另就原告請求之損害賠償金額，表示意見如下：

9、原告孫○○減少勞動能力部分：

觀之財團法人為恭紀念醫院（下稱為恭醫院）102年8月16日為恭醫字第1020000801號函說明欄第二項「…因為此時個案只有二歲三個月，要估計未來勞動能力是有爭議，不過其影響程度是一輩子的事。」，及林口長庚醫院102年9月30日（102)長庚院法字第0852號函說明欄第二項及第三項略以：「另因病嬰於兒童時期原有成人協助照護之需求，故其是否有專人看護之必要，應視病嬰居家照護之需求而定。」、「另因病嬰生長發育，病情及預後狀況均未穩定，且其缺乏如年齡及職業等勞動能力減損評估因素，故本院醫師現無法進行勞動能力減損評估」等語，則原告孫○○是否已喪失全部勞動能力，要非無疑。從而，原告依據為恭醫院102年3月1日之診斷證明書而主張其減少全部勞動能力，一次性請求給付減少勞動能力損害8,405,734元，尚非有據。又原告以平均每人國民平均所得為計算減少勞動能力損失之標準，亦與一般司法實務以最低

基本工資計算有異，亦不足採。

8、原告孫○○之看護費部分：

參諸林口長庚醫院上開回函已說明原告孫○○於兒童時期原有成人協助照護之需求等語，則原告請求自原告孫○○出生至20歲之看護費用合計2,979,062元，非有理由。原告另主張原告孫○○每月看護費用為17,000元部分，不惟未提出單據證明之，且看護費用之計算亦因受看護程度不同而有差異，是原告據以請求此部分之損害，尚難憑採。

7、原告四人之精神慰撫金部分：

原告對於原告孫○○、孫源杰各請求各300 萬元，原告林煥章及陳月娥各主張200 萬元之精神慰撫金，並未說明其判斷標準為何，且金額過高，亦難採酌。

6、原告孫○○、林煥章及陳月娥等所受扶養利益之損失：

原告主張依新竹地區之消費支出計算扶養費之損失金額，與司法實務上就醫療疏失之損害賠償事件中，向以當年度所得稅稅率條例所定扶養親屬寬減額為請求依據有異，被告對此亦表示爭執。

（三）答辯聲明：

9、原告之訴及假執行之聲請均駁回。

8、如受不利判決，請准供擔保免為假執行。

三、兩造不爭執事項：

（一）原告孫○○為訴外人林○○之女，原告孫源杰為林○○之配偶，原告林煥章、陳月娥為林○○之父母。

（二）被告翁榮聰於99、100年間受僱於被告國軍新竹醫院。

（三）林○○自99年11月24日起至000年0月00日生產期間均在被告國軍新竹醫院就診，由被告翁榮聰進行產檢。

（四）林○○於100年5月10日至被告國軍新竹醫院催生，同月11日21時8分許因突發全身性抽筋發作合併急性胎兒窘迫，被告翁榮聰於同日21時9分許緊急以真空吸引方式接生，林○○於同日21時19分許產下原告孫○○，林○○於同日21時37分許胎盤娩出後發生產後出血及休克症狀，經被告

翁榮聰施以相關緊急處理及急救措施，並於同日23時43分許轉送林口長庚醫院，林○○於100年5月13日7時50分許死亡。

（五）原告孫○○出生後受有週產期窒息及缺氧缺血性腦病變等重大傷害，致其腦性麻痺並四肢癱瘓。

（六）被告翁榮聰所涉業務過失致死、業務過失致重傷犯嫌，迭經臺灣新竹地方檢察署檢察官以102年度偵字第91、950號、103年度偵續字第32號、105年度偵續一字第1號為不起訴處分確定。原告嗣並就被告翁榮聰所涉業務過失致死犯嫌聲請交付審判，經本院107年度聲判字第8號裁定准予交付審判，被告翁榮聰不服提起抗告，業經臺灣高等法院以108年度抗字第1091號刑事裁定將原裁定撤銷發回，現由本院刑事庭繫屬。

四、本件爭點：

（一）被告翁榮聰有無未盡告知說明義務及並未採取相關建議及診療方式之過失？

（二）被告翁榮聰對林○○之急救措施有無符合醫療常規，而有疏失之情形？

（三）被告翁榮聰有無違反轉診義務而有過失？

（四）若被告翁榮聰有前述過失，林○○之死亡與被告翁榮聰之過失有無因果關係？

（五）被告翁榮聰接生原告孫○○有無過失？原告孫○○所受傷害與被告翁榮聰之接生方式有無因果關係？

（六）原告依民法第184條第1項、第188條之規定，或民法第227條第1項、224條、第227條之1不完全給付之債務不履行情事，請求被告負連帶損害賠償責任，是否有理？數額為何？

五、本院之判斷：

（一）按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第277 條前段定有明文。又民法第184 條第1 項前段規定侵權行為以故意或過失不法侵害他人之權利

為成立要件，故主張對造應負侵權行為責任者，應就對造之有故意或過失負舉證責任（最高法院58年台上字第1421號判例意旨參照）。惟醫療行為係屬可容許之危險行為，醫療之主要目的雖在於治療疾病或改善病患身體狀況，但同時必須體認受限於醫療行為有限性、疾病多樣性，以及人體機能隨時可能出現不同病況變化等諸多變數交互影響，在採取積極性醫療行為之同時，往往易於伴隨其他潛在風險之發生。故有關醫療過失判斷重點，在於實施醫療之過程，而非結果。亦即法律並非要求醫師絕對須以達成預定醫療效果為必要，而係著眼於醫師在實施醫療行為過程中恪遵醫療規則，且善盡注意義務。醫師實施醫療行為，如符合醫療常規，而被害人未能舉證證明醫師實施醫療行為過程中有何疏失，即難認醫師有不法侵權行為（最高法院104 年度台上字第700 號判決意旨參照）。次按，醫療契約不完全給付之可歸責事由是否存在，究應由醫師或病患負舉證責任，主張雖有不同，惟病患至少應就醫師在醫療過程中有何過失之具體事實負主張責任，若僅主張醫療結果並未成功或造成損害，基於醫療行為具上開高度危險性、裁量性及複雜性之特徵，及醫療契約非必以成功治癒疾病為內容之特性，不能認為病患已就醫師具體違反注意義務之不完全給付事由有所主張證明。準此，原告主張被告涉有侵權行為、債務不履行情事，仍應先由原告就前所述及有利於己之事實，負舉證責任。

（二）關於被告翁榮聰有無未違反醫師法第12條之1 之告知說明義務部分：

9、原告主張林○○於100 年5 月9 日產檢進行尿液篩檢時，有蛋白尿20毫克，伴隨水腫之現象，而100 年5 月10日住院後當晚11時15分血壓高達140/ 101mmHg、100 年5 月11日下午3 時30分有感冒症狀，且期間有胎心音減緩之情形，業據其提出被告國軍新竹醫院病歷、尿液報告單、第十次產檢紀錄、產科住院記錄、產前記錄單、胎心音紀錄表

等件為憑（見本院卷二第141頁、第151至154頁、第156至184頁），且為被告所不否認，堪認為真正。原告另主張林○○上開症狀顯現其患有子癲前症，被告翁榮聰未告知林○○可能病情之發展及處置之選擇，違反醫師法第12條之1之說明義務等語，惟查：關於林○○是否患有子癲前症一事，前經臺灣新竹地方檢察署（下稱新竹地檢署）送請衛生福利部進行鑑定，經該部於103年12月2日以衛部醫字第1031668835號函檢附醫審會第0000000號鑑定書（下稱第三次鑑定書）、106年10月25日衛部醫字第1061667893號函附醫審會第0000000號鑑定書（下稱第四次鑑定書）認定：「子癲前症係指孕婦妊娠20週以後之高血壓（超過140/90mmHg)，同時合併蛋白尿或水腫症狀。尤其血壓上升為該病症之主要症狀，且隨著血壓上升，逐漸出現蛋白尿及全身性水腫。本案依病歷紀錄，100年5月9日產婦（即被害人林○○，下同）產檢時，尿液篩檢結果雖有20毫克蛋白尿，惟當時血壓尚屬正常（125/76mm Hg)，並未符合臨床診斷為子癲前症或繼發子癲症之條件。」。又「胎心音變異性減少，可能與胎兒睡眠、藥物或缺氧等因素有關，若胎心音變異性長期持續性減少，且伴隨胎心音減速，臨床上，應懷疑胎兒窘迫情形，並考慮儘快將胎兒娩出。本案產婦自100年5月11日凌晨3時許起，胎心音監測紀錄反覆出現變異性減少情形後，復又恢復正常，且胎心音維持約150至160次/分（18時15分至18時45分胎心音雖下降至90至100次/分，但18時45分之後又回復至150至160次/分，研判該期間胎心音減速應係產婦側躺，監測器測得母體心跳致），尚難逕認有胎兒窘迫情形而有立即娩出之必要。」、「再者，就醫理而言，感冒（上呼吸道感染）不會造成子癲前症，其症狀表現亦未必為子癲前症（即子癲症）惡化之跡象」、「當日產婦雖出現上呼吸道感染症狀，惟上呼吸道感染並不會造成胎兒窘迫或產婦產後大出血之結果，…，尚難逕以產婦有胎心音變異性減緩

及感冒症狀，遽認為係子癲前症進一步惡化之證據。」等語（見新竹地檢署103年度偵續字第32號影卷第129頁、本院卷三第47、48頁），據此，林○○於100年5月9日雖經檢測有蛋白尿20毫克之情形，惟依其產檢及待產期間之病歷紀錄，林○○並未符合子癲前症或繼發子癲症之診斷，被告翁榮聰自無從預見林○○生產時可能因血液凝結因子不足而有大出血危急生命之情形，難認被告翁榮聰有告知林○○及原告可選擇剖腹產及若發生大出血不止危急時，醫院並無施行血管栓塞之人力設備之義務，原告主張被告翁榮聰違反醫師法第12條之1之告知說明義務云云，尚難憑採。

（三）關於被告翁榮聰對林○○之急救措施並無違反醫療常規部分：

9、原告主張子癲前症有可能導致產婦凝血功能不正常之DIC瀰漫性血管凝固不全之情形，而林○○生產前即有子癲前症演變為子癲症之症狀，惟被告翁榮聰並未實施凝血功能檢測（PT/APTT），致林○○大出血時未能提供FFP(新鮮冷凍血漿）補充凝血因子，而因凝血功能不正常之DIC 瀰漫性血管凝固不全死亡，顯違反醫療常規云云，惟查：

-、林○○於產檢及待產期間時雖有前述蛋白尿之情形，惟不符子癲前症或子癲症之診斷，已如前述，被告翁榮聰自無從預見林○○生產時可能併發血液凝結因子不足而有大出血危急生命之情形，預為血液凝結狀態之檢測。又「妊娠婦女進行減痛分娩、剖腹生產或有其他特殊情況時，始需進行凝血功能檢查，一般孕婦住院準備陰道生產時，並無進行凝血功能檢查之必要。本案於100 年5 月10日產婦係住院準備陰道生產，且產檢期間未發現有凝血功能障礙情形（5 月11日血小板186000/ μL ），故被告翁榮聰未就其血液凝結狀態（PT、APTT）予以檢測，難謂有違反醫療常規或疏失之處。」，為醫審會第三次鑑定書認定在案（見前開偵續字第32號影卷第129 頁），原告主張被告翁榮

聰於林○○產前未就其血液凝結狀態予以檢測，不符醫療常規云云，即非有據。

一、次查，林○○於100 年5 月11日21時19分娩出一名女嬰（即原告孫○○）、21時36分胎盤娩出後，21時37分發生陰道大量出血，被告翁榮聰囑附護理師按摩子宮，並給予Methergin及Cytotec藥物使用，21時42分醫囑進行凝血璇原時間/活化部分凝血璇時間（PT/APTT）檢查等情，有被告國軍新竹醫院護理紀錄、三病房事件報告、住院患者醫囑清單及治療記錄在卷可查（見新竹地檢署100年度相字第328號影卷一第23至24頁、第173至174頁、本院卷一第226頁、卷二第143頁），則被告翁榮聰於林○○產後大出血時，已對林○○之凝血功能進行檢測，堪可認定。再依改制前行政院衛生署102年11月28日衛署醫字第1021682345號函附醫審會第0000000號鑑定書（下稱第二次鑑定書）鑑定意見，以：「瀰漫性血管凝血病變是一種消耗性之凝血病變，其症狀係會持續性進展表現，從凝血病變前無症狀至大出血現象，皆有可能發生，而臨床上大量出血後，出現紫斑皮膚或不凝固血液，雖可能是發生血液凝固缺陷，惟目前臨床上，尚未建立診斷方法，故要確定診斷相當困難。本案產婦於100年5月11日21時37分胎盤娩出後，發現陰道大量出血，翁榮聰醫師於21時42分有醫囑檢查產婦之PT/APTT（凝血璇原時間/活化部分凝血璇時間），惟病歷中未發現相關檢查報告，研判翁醫師應有慮及產婦血液凝固缺陷之可能。惟瀰漫性血管凝血病變，須經由相關檢驗結果始能確定診斷，故瀰漫性血管凝血病變之診斷相當困難。」，認定被告翁榮聰之醫療處置，符合醫療常規，未有疏失之處（見本院卷三第第37頁）。從而，原告主張被告翁榮聰並未進行PT/APTT檢測，致林○○產後發生大出血引起瀰漫性血管性凝血不全而死亡云云，難謂可採。

二、況查，100 年5 月11日21時37分林○○發生產後陰道大出血，被告翁榮聰隨即囑附護理師按摩子宮，並給予Mether

gin及Cytotec等子宮收縮藥物使用，21時42分除醫囑進行凝血璇原時間/活化部分凝血璇時間（PT/ APTT）檢查外，並給予代用血漿（Haes）500mL× 2瓶及紅血球濃縮液（PRBC）4單位使用，21時45分林○○意識不清、無法測得血壓，被告翁榮聰立即急救，22時40分被告翁榮聰醫囑給予紅血球濃縮液（PRBC）4單位。22時52分林○○血壓96/67mmHg、心跳124次/分、呼吸18次/分。23時整被告翁榮聰醫囑給予紅血球濃縮液（PRBC）7單位，23時07分再醫囑給予全血（whole blood）7單位。23時30分林○○陰道出血仍多，23時35分被告翁榮聰醫囑給予新鮮冷凍血漿（FFP）19單位等情，有前揭護理紀錄、報告、治療記錄及住院患者醫囑清單足資參照（見相字第328號影卷一第23至24頁、第173至174頁、第177至178頁、本院卷一第226至227頁、卷二第142至143頁），可見被告翁榮聰對於林○○產後大出血，已採取輸血及其它必要之措施，以維持產婦之生命徵象，其急救處置尚無違反醫療常規或疏失之處，亦為改制前行政院衛生署101年12月11日衛署醫字第1010216662號函檢附醫審會第0000000號鑑定書（下稱第一次鑑定書）所是認（見本院卷三第28至29頁）。

j、又原告稱被告翁榮聰未給予新鮮冷凍血漿（FFP ）使用，導致林○○產生DIC 瀰漫性血管凝固不全而死亡乙節，然查，被告翁榮聰於100 年5 月11日23時35分醫囑準備新鮮冷凍血漿（FFP ）19單位使用，有上揭治療紀錄及住院患者醫囑清單可資參佐，另依被告國軍新竹醫院之退庫明細表及退血明細表記載，被告翁榮聰曾有於100年5月11日醫囑準備新鮮冷凍血漿（FFP），次日100年5月12日再予退庫之紀錄（見本院卷一第228頁、卷三第189頁），參以100年5月11日急救當日產房護理師連○○即連○○於新竹地檢署105年7月13日訊問時證稱：100年5月11日被告翁榮聰有醫囑準備及輸入新鮮冷凍血漿（FFP），印象中有領取。一般新鮮冷凍血漿（FFP）使用須解凍，當日產婦23時

43分轉院，有幾袋新鮮冷凍血漿（FFP）已經解凍了，當時預計要輸入，但轉院前沒實際輸入等語（見新竹地檢署105年度偵續一字第1號影卷第134頁），另於本院108年7月31日言詞辯論時當庭證稱：「《被告共同訴訟代理人：剛才原告訴代有提示護理紀錄，你表示在護理紀錄當中沒有看到有叫用新鮮冷凍血漿（FFP）的記載，依照你當時在場，你的印象中被告翁榮聰有無請你備血，有無請領新鮮冷凍血漿（FFP），使用情況如何？》當時有備新鮮冷凍血漿（FFP），也有領新鮮冷凍血漿（FFP），因為要轉院所以就沒有輸。而且當時有輸其他血品。」、「《法官：你有無印象被告翁榮聰何時請你備新鮮冷凍血漿（FFP）的血？》時間太久，我無法記得明確的時間，但是被告翁榮聰有下醫囑。」等語（見本院卷四第12頁），而同日於三病房值班之護理師壬○○於上開期日亦證述：「《原告複代理人：新鮮冷凍血漿（FFP）送到病房時，狀態是否為冷凍的狀態？）是。100年5月11日我記得當天送回來是冷凍的像冰塊一樣結凍。《原告複代理人：你當天有親手接到新鮮冷凍血漿（FFP）嗎？》我記得我有幫他溫血。《原告複代理人：你接到幾個單位的新鮮冷凍血漿（FFP）？》我忘記了。《原告複代理人：大概幾袋？》我真的忘記了，但是滿多袋的。」等語（見本院卷四第15、16頁），又據當日進入產房進行急救之醫師柯○○證稱：「（法官：你有無印象急救過程中，領了那些種類的血？）紅血球濃縮液（PRBC）、全血、新鮮冷凍血漿（FFP）。（法官：有無印象輸了那些種類的血？）我進入之後大的輸血LINE建立起來之後，給予足夠溶液之後，病人的血壓就比較穩定，那時候的血才到，因為當時血還要解凍，因為當時病人身體內有灌水，所以血並不能很快速的輸進去，否則會肺水腫。最剛開始應該是輸紅血球濃縮液，但是印象中我們領的血不少。所以可能輸到一半的時候救護車就來，我們就要送到更大的醫院去。」、「《被告共同訴

訟代理人：你的臨床經驗中，新鮮冷凍血漿（FFP）要解凍需要多久？》至少要半個小時。」等語（見本院卷四第30、31、32頁），足證被告翁榮聰於林○○大出血後，於當晚23時35分確曾醫囑準備新鮮冷凍血漿（FFP）並已領取，上開血品尚在解凍時，23時43分林○○即轉診至林口長庚醫院而未能輸注，則被告辯稱其醫囑準備新鮮冷凍血漿（FFP）為林○○輸注等節，要非無據。原告另稱上揭護理紀錄及三病房事件報告並無關於被告翁榮聰下醫囑並領取新鮮冷凍血漿（FFP）之記載，惟查，上開護理紀錄係由證人連○○即連○○所填載；三病房事件則由護理長陳美琳負責撰寫，其內容與護理紀錄之記載大致相同，有護理紀錄在卷可佐，並據證人連○○即連○○證述在案（見本院卷四第12頁），而證人連○○即連○○既已證稱被告翁榮聰於100年5月11日確曾下醫囑準備新鮮冷凍血漿（FFP）並已領取，準備為林○○輸入等情如前，佐以證人柯○○於前開言詞辯論期日證述：「《原告複代理人：你在那些護理紀錄中你有囑咐護理人員要輸血？（法官提示相驗卷二第520至524頁）》我覺得不用看，因為急救過程中我們每個醫生，都會把需要做的事情口頭說出來，這件事情有可能我說了，但是是翁醫師下指令，或是我說過、翁醫師說過，但是只紀錄翁醫師說。我不覺得有特別奇怪的地方，因為急救過程中，當下是非常忙碌的，可能有三個主治醫師，可能有三個人下醫囑，護理人員要執行醫囑，同時要紀錄整個急救過程，我覺得本來就會有一些出入。但是大原則的治療應該是不會錯。」等語（見本院卷四第30頁），衡以當時林○○持續大出血，呈現休克之情形，狀況緊急，而現場同時有三位醫師在產房內進行急救並下指示，護理人員在現場須執行醫囑之情，則證人連○○即連○○當時所為護理紀錄難免忙中有錯而有所疏漏，尚難僅憑上開護理紀錄及報告未有準備新鮮冷凍血漿（FFP）之醫囑及領取紀錄，即逕認前揭治療紀錄、退庫明細表

及退血明細表之記載為不實，而原告就其主張上開治療紀錄、退庫明細表及退血明細表係出於偽造乙情，復未能舉證以實其說，本院自難為對其有利之認定。

LL、據上，被告翁榮聰雖因解凍不及而未為林○○輸注新鮮冷凍血漿，惟被告翁榮聰於林○○產後大出血、未能量測到血壓時，已陸續輸入代用血漿、紅血球濃縮液（PRBC）及全血（whole blood)，業如前述，此依醫審會第二次、第三次及第四次鑑定書之鑑定意見，認：「依藥品仿單所載，Hase（colloid ）是一種大分子補充溶液，適用於血容積低下及休克、血液稀釋等情況，臨床可能產生噁心、過敏、心悸等副作用，且有心衰竭、腎衰竭併少尿禁忌症。依醫療常規，當產婦產後發生大量出血時，臨床除辨別產後大出血之原因外，須立即建立輸液管路，以準備輸注液體或血液。本案產婦於100 年5 月11日21時45分意識不清狀況下，自行下產檯，因當時產婦經叫喚無回應，心跳126次/分、呼吸20次/分、無法測得血壓，評估已處於低血壓休克狀態，於血液尚未送達前，必須快速補充液體，以增加血液體積（volume），故被告翁榮聰於產婦產後大出血引發低血壓休克之危急情況下，先給予輸注液體Hase500mL× 2瓶，符合醫療常規」、「一般而言，血小板數目小於50000/μL，始有輸注血小板之必要。然於致命性大出血引起低血壓休克時，輸注全血（whole blood）、紅血球濃縮液（PRBC）及新鮮冷凍血漿（FFP），最為理想。依病歷紀錄，本案產婦產前（100年5月11日20時14分）檢查血小板數為186000/μL，並無施以血小板注射之必要。而產後陰道大量出血，致無法測得血壓時，翁醫師給予輸注代用血漿（Hase)、紅血球濃縮液（PRBC）及全血液（whole blood）等處置，符合醫療常規」、「另一般產後大出血時，以補充紅血球濃縮液及新鮮冷凍血漿為原則，本案依病歷紀錄，100年5月11日21時37分產婦陰道大量出血，翁榮聰醫師立即給予按摩子宮及子宮收縮藥物治療，

並於21時42分醫囑給予代用血漿、紅血球濃縮液及進行凝血璇原時間/活化部分凝血璇時間（PT/APTT）檢查，21時45分開始急救之後，仍持續醫囑補充紅血球濃縮液、全血及新鮮冷凍血漿。翁醫師於產婦大出血後之處置，並無違反醫療常規。」、「因當時急救情況緊急，若因檢體溶血來不及重新抽血檢驗及冷凍血漿解凍不及而未輸注，此均屬不可預測或控制之因素，並非臨床醫師可得注意而避免。」（見本院卷三第36、48頁、偵續字第32號影卷第129至130頁），足見被告翁榮聰對於林○○所為上開急救處置，與醫療常規相符，從而，原告主張被告翁榮聰未對林○○輸入新鮮冷凍血漿（FFP），以補充凝血因子，致林○○因瀰漫性血管凝固不全而死亡等語，殊無足採。

8、原告又另以林○○於100年5月11日21時45分已併有意識不清，對叫喚無回應之際，應以全血為輸血之第一優先考量，被告翁榮聰遲至同日23時34分轉院之際才替林○○輸用全血，延遲達近2小時，有嚴重之過失云云。查被告翁榮聰於林○○產後大出血引發低血壓休克之危急情況下，先給予輸注液體Hase500mlx2瓶，並陸續輸入紅血球濃縮液（PRBC）等，符合醫療常規乙情，業據醫審會鑑定意見認定在案，已如前述，復參以證人柯○○於本院108年7月31日言詞辯論時具結證述：其實在第一時間，有什麼血輸什麼血，主要是把容積補充足等語，證人甲○○並證述：全血來源是捐血中心，當天醫院血庫並沒有備全血等語（見本院卷四第31、42頁）互為勾稽，被告翁榮聰於林○○產後大出血、未能量測到血壓時，已陸續自100年5月11日21時45分許起，就被告國軍新竹醫院血庫所取得之代用血漿、紅血球濃縮液（PRBC），即時為林○○進行輸血，難認有何延遲輸血等過失之情，且原告逕以林○○於100年5月11日20時14分之抽血報告血色素9.2，與正常之參考值之差異作為被告翁榮聰應優先輸注全血之依據，亦乏所據，按孕婦在孕期中，受到血液稀釋及血球代謝改變的影響，

其紅血球數（RBC）及血色素（HGB）的正常數值範圍較正常人略為下降，此為通常之醫學常識，並觀林○○於妊娠初期99年10月27日之抽血報告血紅素數值為10.7，亦低於正常之參考值11至16可見一斑，況斯時林○○尚未分娩，尚不得以嗣後林○○分娩後大量出血乙情，課以被告翁榮聰應以事前之抽血檢驗報告決定為林○○輸血之種類之注意義務，原告前揭主張，顯係導果為因之舉，難信為真。

7、原告主張被告翁榮聰並未據實告知林○○及其家屬使用Cytotec促進子宮收縮，並非衛福部核准使用之適應症，及使用該藥物可能產生陰道出血、瀰漫性血管內凝固不全病變等併發症，且該藥物與Methergin藥物併用治療，亦違反醫療常規等節，經查，Cytotec係為輝瑞大藥廠股份有限公司持有之許可證衛署藥輸字第020674號「喜克潰錠200微公克」，有效成分為misoprostol，核准適應症為「胃潰瘍、十二指腸潰瘍」之藥物，有上開藥物之原廠仿單附卷可查（見本院卷二第245、246頁），是Cytotec藥物為合成之前列腺素，固係治療胃潰瘍之核准用藥，然經醫審會第三次鑑定書鑑定意見認：Cytotec藥物應用於產後發生大出血時，雖有噁心、嘔吐、腹瀉、腹痛寒顫、顫抖及發燒等不良反應，惟於懷孕期、產褥期及周產期之使用，並無「陰道出血」及造成「瀰漫性血管凝血不全」等不良反應。依Cytotec仿單所示，Cytotec係用於治療胃潰瘍及十二指腸潰瘍，故對於產後出血，醫師給予Cytotec治療，雖未符合該「藥品仿單核准適應症」之使用，惟此為「適應症外使用藥品」。依改制前行政院衛生署100年9月28日署授食字第1001403071號函釋「適應症外使用藥品之審議原則」如下：「－有「藥品查驗登記審查準則」所稱十大醫藥先進國家已經核准之適應症，而我國尚未核准之情形，列為符合醫學原理之參考文獻之一，—所治療疾病已收載於國內外專科醫學會或政府機關臨床診治指引，.屬於傳統治療方法，且已廣為臨床醫學教學書籍收載列為

治療可選用藥物（drugs of choie）並符合目前醫療常規等。另必要時可由本署藥害救濟審議委員會請相關專科醫學會提供專業治療指引」。另依文獻報告，Cytotec本用於治療腸胃潰瘍具有使子宮收縮作用，經常被用於治療產後出血，且為產科實證醫學之重要藥物。本案被告翁榮聰基於治療之需要，合理使用Cytotec及Methergin（亦為子宮收縮藥物），依上述審議原則，未違反醫療常規，並無疏失。」等語，有該鑑定書可佐（見偵續字第32卷第130至131頁）。據此，被告翁榮聰於林○○產後大出血時，使用Cytotec促進子宮收縮，基於婦產科醫療臨床實務，應無違反適應症外使用原則之情形。原告雖稱被告翁榮聰未將Cytotec藥物用於促進子宮收縮乃屬核准適應症（仿單）外使用之情予以告知等語，然相較於一般病患或家屬之知識及生活經驗而言，醫療行為，尤其藥物之施用，本屬高度醫療專業知識範疇，期待病患或家屬於醫師告知究否屬於適應症外用藥後，自行判別、決定是否同意用藥與否，實屬難求，故若該等用藥雖非原主管機關核准之適應症範圍，但屬現今醫療科技及臨床醫學實務常見且成熟之醫療行為時，縱無就此特別告知病患或家屬係核准適應症外之用藥，兼衡醫學最大善意原則，仍不能認為因違反適應症外使用原則，而有醫療行為疏失之情。是以，本件林○○於100年5月11日21時37分因產後子宮收縮不全而大量出血，Cytotec藥物又屬現今臨床醫學上應用於促進子宮收縮之常見藥物，已如前述，縱被告翁榮聰未特別告知林○○或原告此係未經衛生署核准用於促進子宮收縮，而係基於醫療臨床實務之專業及慣常經驗而施用，既已基於醫學專業及臨床經驗考量林○○之狀況認尚無不適合施用或可能致生副作用之禁忌情狀，尚難因此認被告翁榮聰使用Cytotec有何醫療疏失之情，則原告主張被告翁榮聰為林○○使用Cytotec治療子宮收縮不全之症狀，違反醫療常規云云，尚非有據。

6、又原告主張被告翁榮聰於林○○已有發燒、CRP數值高之嚴重感染、敗血症之情況下，未給予抗生素等治療，已有過失，且於林○○已發生休克之情況卻予以會造成細菌感染愈加嚴重之類固醇，更有過失云云。經查，懷孕期間因受荷爾蒙影響及孕婦因應胎兒需求所產生之生理變化，其白血球數（WBC）可能上升，此亦為正常之現象，實不能單純以數值的上升來判斷體內是否有感染的狀況，稽之林○○雖於100年5月11日15時29分及同日20時14分之白血球檢驗報告之數值分別為136400及166600，然林○○於99年10月27日產檢時之抽血報告，白血球指數為134100，均高於正常之參考值，是林○○於懷孕期間白血球數值偏高應屬正常現象，非得僅以該數值的上升即遽認林○○已有感染而應給予抗生素治療之必要。再者，CRP檢查是一種非特異性（不是對某一種特定疾病才呈現陽性反應）的檢查，是急性炎症反應過程中組織破壞的指標，所謂的炎症反應可以是感染性，也可以是非感染性，在臨床上，因為CRP檢查沒有特異性，不是專一性，因此不適用在診斷疾病，而它的臨床價值主要是用在篩檢和監測組織的損傷（摘至台灣健康資訊網），並佐以證人柯○○於本院108年7月31日言詞辯論時具結證述：「（法官提示相驗卷二第521頁）《原告複代理人張律師：10點25分你是否有囑咐給予類固醇的注射？》因為在急救病人時，大部分的病人他的內生性的類固醇都會降低，而且它本身是一個腎上腺素的原料，所以在急救過程中通常我們會補充類固醇，是使病人的血壓穩定。同時這個病人他需要大量的輸血，給予一定量的類固醇時同時他可以降低內生性的免疫反應，以免造成過敏性休克、溶血的反應。」、「（原告複代理人張律師：降低內生性免疫反應的意思，是否是降低病患內生性免疫反應的強度？）不全是。他不是降低免疫反應，他是抑制我們身體內的免疫反應突然升高，免疫反應會攻擊身體本身的臟器或是組織。」、「（原告複代理人張律師

：你當天進入產房幫忙之後，被告翁榮聰或是其他醫療人員有無跟你說病患於當天晚上8時45分有抽過CRP而且數值高達9點多？）我印象中沒有，但是當下病人生命徵象不穩，所以急救措施是以穩定病人生命徵象為主要目的，所以當下會將病人血壓先穩住，病人所有的生命徵象先穩住，其他的次要的要等生命徵象穩定之後再處理。」、「（原告複代理人張律師：一個病人生病徵象不穩定，CRP又高，是否會是敗血症嚴重感染所引起的情況？）我不覺得是，因為一個病人入院時就算CRP高而且這也還不至於到敗血症的現象。以細菌孳生的速度沒有那麼快，過程都要幾天以上，是慢慢形成，不是一下子。」、「（原告複代理人張律師：你所講敗血症現象有包含那些？）大部分有發燒、有些免疫的疾病CRP也會高，但是我認為這部分與敗血症無關，無須談它。」等語互核以觀（見本院卷四第28、29頁），林○○固於100年8月11日19時45分測得體溫38.6度，同日20時45分之CRP指數較正常參考值為高，惟此非必即為敗血症之表徵，從而，證人柯○○於急救過程，為防免林○○之身體臟器或組織遭受免疫反應之攻擊，而給予類固醇之注射，係本於當時病人之危急狀況及其醫療專業所為之處置，原告上開主張，均非有理，無足憑採。

5、原告於本院108年8月22日言詞辯論時爭執林○○之死因應係上呼吸道感染併發的嚴重感染及敗血性休克，所引發心律不整及瀰漫性凝血不佳導致多重器官衰竭死亡等情，並聲請傳訊法醫到庭作證云云。查本件經法務部法醫研究所鑑定人孫家棟解剖並參照林○○就診之被告國軍新竹醫院、林口長庚醫院之病歷資料，認定林○○係產後子宮收縮不全引起瀰散性凝血不佳多重器官衰竭死亡，此有法務部法醫研究所100年6月22日法醫理字第1000003146號函所附解剖報告書、鑑定報告書附於偵查卷可佐，自100年5月13日7時50分許林○○死亡時迄今，已8年有餘，原告及其訴

訟代理人、複代理人均未就上開鑑定結果有所爭執，而於本院最後一次言詞辯論期日為如上之爭執，不無有延滯訴訟之虞，況上開鑑定意見已參酌林○○之就診病歷資料，復查無其他證據足認該鑑定意見有何瑕疵而不值採信之處，原告主張殊嫌無據，難信為真，其聲請傳訊法醫到庭作證亦無必要，應予駁回。

4、末原告復主張被告翁榮聰未對心律不整之林○○施以電擊而給予錯誤之心臟按壓，亦有過失云云。惟原告並未提出任何證據以實其說，難信此部分之主張為真。

3、綜上，被告翁榮聰於林○○產後大出血時，已醫囑進行凝血功能檢查，並陸續給予促進子宮收縮藥物、輸液及輸血等醫療處置，且無違反醫療常規。原告主張被告翁榮聰違反醫療法第73條轉診前應先行給予必要處置之規定，應推定有過失云云，應不足採。

（四）被告翁榮聰有無違反轉診義務而有過失部分：

9、原告主張林○○於100 年5 月11日21時57分已量測不到血壓，被告翁榮聰遲至同日23時43分始將其轉診，且未轉送距離較近之台大醫院新竹分院，反送較遠之林口長庚醫院，顯有遲誤等語。惟查，被告於林○○產後大出血時，已為上開給予促進子宮收縮藥物、輸液及輸血等必要醫療處置，業如前述。又林○○經急救後，於23時30分出血量仍多，被告翁榮聰於23時31分請臨床護理師辛○○聯絡林口長庚醫院及救護車公司派遣緊急救護車及特別護士，23時34分繼續給予全血，23時37分緊急救護車人員進入；23時43分由被告翁榮聰攜帶紅血球濃縮液、全血及升壓劑，與救護車人員陪同林○○轉診至林口長庚醫院，有前開護理紀錄及三病房事件報告附卷可查，足見被告翁榮聰於過程中並非未給予醫療支持行為。

8、又關於被告翁榮聰採取轉送林口長庚醫院是否延誤，經醫審會第一次、第二次、第三次鑑定意見略以：「本案產婦發生大量出血休克後，應採取輸液治療，如有需要時，始

採取子宮切除及血管栓塞術等治療方式，惟就新竹國軍地區醫院之醫療設備及醫療水準評估，該院並無施行血管栓塞術之能力。另產婦有瀰漫性血管凝固不全病症，如施以子宮切除術，則可能造成更大出血之風險，故若被告翁榮聰當時考量醫院之醫療能力及手術可能造成更大之風險，而未採取子宮切除或施行血管栓塞術，而於23時43分即時將產婦轉院至林口長庚醫院，尚難謂其處置有疏失之處。」、「子宮切除術係處理產後大出血之治療方法之一，惟臨床是否採取該急救措施，除符合適應症外，尚須考量醫院之醫療能力及手術可能產生之風險。本案產婦產後大量出血休克，疑有瀰漫性血管凝血病變現象，如貿然施以子宮切除，可能造成更大出血之風險。故被告翁榮聰當時未採取子宮切除止血，而係轉診至有能力處置之醫院，符合醫療常規未發現有疏失之處。」、「瀰漫性血管凝血不全（DIC）為一種因嚴重疾病引起之全身性症狀，醫學中心通常較具備足夠之人力、設備及技術，以救治急性瀰漫性血管凝血不全之病人，故本案若被告翁榮聰發現產婦產生瀰漫性血管凝血不全時，且判斷林口長庚醫院（醫學中心）能更妥善處理，而將其轉送林口長庚醫院，則該處置尚難謂有違反醫療常規或疏失之處。」（見本院卷三第29、37頁、偵續字第32號影卷第130頁）。參以本院刑事庭前就台大醫院新竹分院100年5月間是否具備相關醫師及設備，施作因產後宮縮不良大量出血不止可能採取之血管栓塞手術，或子宮切除手術，經該院於107 年10月24日以臺大新分醫事字第1070007314號函覆略以：「 子宮切除手術：100 年5 月本院有三名婦產專科醫師皆可施行因產後宮縮不良大量流血不止而採取之子宮切除術。 血管栓塞手術：100 年5 月本院影像醫學部尚無血管攝影機，故無法執行血管栓塞相關術式。 開刀房設置：100 年5 月本院為行政院衛生署新竹醫院（區域教學醫院）有配置開刀房，但執行手術需配合當日開刀房排程及麻醉醫師人力配置

，因時間久遠當時情形已無法查核。」等語，有該函附卷可參（見本院107 年度聲判字第8 號影卷第81至82頁），由此可知台大醫院新竹分院於100 年5 月間為區域教學醫院，以當時該院之醫療設備，尚無法為產後宮縮不良大量出血不止之產婦進行血管栓塞相關手術。據此，林○○於100 年5 月11日21時37分娩出胎盤後，因子宮收縮不佳大出血，被告翁榮聰於23時31分聯絡林口長庚醫院、23時37分救護車抵達後，隨即於23時43分與護理人員陪同轉送林口長庚醫院急救，期間並給予子宮收縮藥物、輸液及輸血，已給予必要之醫療支持行為，且送醫期間並無延誤。是原告主張被告翁榮聰違反醫療法第73條規定之轉診義務云云，洵屬無據。

（五）綜上所述，被告翁榮聰對於林○○產後大出血時，已醫囑進行凝血功能檢查，並給予輸液、輸血及子宮收縮藥物，及轉送林口長庚醫院急救等醫療處置，並無遲誤及不當，符合醫療常規，難認被告翁榮聰之醫療行為有何過失。又林○○死亡係因產後子宮收縮不全出血引起瀰漫性凝血不佳導致多重器官衰竭所致，屬生產醫療上難以預測之風險，核與被告翁榮聰上開醫療行為之間，並無因果關係。準此，原告以被告翁榮聰之醫療行為有過失致林○○死亡為由，主張被告翁榮聰不法侵害林○○之生命權，自非有據。

（六）關於被告翁榮聰接生原告孫○○有無過失，及原告孫○○所受傷害與被告翁榮聰之接生方式有無因果關係部分：

9 、第按損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，並二者之間，有相當因果關係為成立要件。至於相當因果關係之認定，應以行為人之行為所造成之客觀存在事實為觀察之基礎，倘就該客觀存在之事實，依吾人智識經驗判斷，通常均有發生同樣損害結果之可能者，始得謂行為人之行為與被害人所受損害間，具有相當因果關係。苟無此一行為，固不能發生此項損害；倘有此一行為，通常亦

不致發生此種損害時，自無因果關係存在（最高法院100年度台上字第328 號、97年度台上字第1627號判決意旨參照）。

8、查林○○於上開時地在被告國軍新竹醫院生產時，因其於產前檢查時發現患有妊娠糖尿病，100年5月9日產檢時林○○妊娠超過38週，超音波檢查結果預估胎兒體重約為3359公克，因林○○有妊娠糖尿病，且子宮頸開口約2公分，經林○○與家屬同意後，林○○於100年5月10日13時40分許住院催生，嗣於次日即100年5月11日21時08分突然發生眼睛上吊、雙手抽搐約30秒及口吐白沫等症狀，護理人員立即協助清除口中分泌物及給予氧氣面罩，當時意識為昏迷指數7分，被告翁榮聰旋於21時09分進入產房，並確認胎心音約80至90次/分，醫囑緊急以真空吸引器生產，並聯絡小兒科醫師入產房準備，當時產婦意識模糊（E2M6V5，昏迷指數13分），僅可點頭回應，21時19分林○○娩出一名女嬰（即原告孫○○），體重3920公克，出生時無哭聲、無活力、四肢癱瘓及膚色發紺，新生兒評估（Apgar score）第1分鐘為0分，第5分鐘為1分。被告翁榮聰及護理人員給予急救（CPR）後，聽診有心跳聲（100次/分）並依小兒科醫師醫囑抱至嬰兒室繼續急救後，於當日轉診至林口長庚醫院救治後，經林口長庚醫院醫師診斷後發現受有週產期窒息及缺氧性腦病變等傷害，業據被告國軍新竹醫院院護理師許○○、連○○、辛○○及壬○○於警詢時證述在案（見相字第328號影卷一第12至20頁），復有前揭尿液報告單、第十次產檢紀錄、產科住院記錄、護理紀錄、三病房事件報告、產房新生兒記錄及及林口長庚醫院診斷證明書等件附卷可稽（見本院卷二第151至153頁、前開相字第328號影卷一第23至24頁、第161至162頁、第173頁、本院調解卷第17頁），固堪認定。

7、原告主張林○○於100 年5 月11日18時20分至40分期間發生胎兒心跳下降至100 以下之心搏過緩情形，足證子癲前

症之更形惡化，造成母體及胎兒進一步窘迫之情形，而應立即終止妊娠給予剖腹產，惟被告翁榮聰疏未立刻為林○○進行剖腹產或為任何處置，導致林○○果於同日21時8分發生喪失意識癲癇，致原告孫○○出生時受有前揭傷害等語。然查，林○○產檢及待產期間時雖曾有前述蛋白尿之情形，惟並不符子癲前症或子癲症之診斷，業據醫審會第三次、第四次鑑定書鑑定如前。而關於被告翁榮聰上開接生醫療行為與被害人孫○○之重傷害結果有無關連，經醫審會第一次鑑定書鑑定結果，略以：「本案產婦於100年5月9日妊娠37週產檢時，超音波檢查結果預估胎兒體重足3359公克，因新竹國軍地區醫院之等級屬地區醫院，其有緊急剖腹生產之能力。且就醫療常規而言，緊急剖腹生產係視臨時狀況需要而定，不會於事前準備，故翁醫師於5月9日未將產婦轉診至第2級責任醫院照顧生產或未為緊急剖腹生產之準備尚難謂有疏失之處。」、「就醫療常規而言，使用真空吸引器之時機為妊娠34週以上、母體體力耗盡、產程遲滯、胎盤早期剝離或胎兒心跳不正常等。本案產婦100年5月10日入院時，妊娠38週又4天，隔日（5月11日）21時05分子宮頸全開，護理人員將其移入產房，並通知被告翁榮聰，惟產婦於21時08分突然發生眼睛上吊、雙手抽搐約30秒及口吐白沫等症狀，且21時09分被告翁榮聰進入產房時，確認胎兒心跳下降（胎心音約80至90次/分），故醫囑緊急以真空吸引器生產及聯絡小兒科醫師入產房準備，並於21時19分產下一女嬰（即原告孫○○），其生產過程，尚未發現有疏失之處。」有上開鑑定書在卷可證。是依上述醫事審議委員會鑑定結果，難認被告翁榮聰上開醫療行為有何疏失之處。

6、綜上，林○○生前患有妊娠糖尿病，於生產時突然發生眼睛上吊、雙手抽搐約30秒及口吐白沫等症狀，且胎兒有心跳下降之情事，然當時被害人林○○妊娠已38週又4 天，已如前述，參之醫審會上開鑑定意見，應認符合使用真空

吸引器之時機，難認被告翁榮聰此部分之醫療行為有何疏失之處，是被告翁榮聰辯解其所為醫療符合醫療常規並無疏失等情，要非無據。從而，原告既未能舉證證明被告翁榮聰為原告孫○○接生之醫療行為有何過失，則其主張原告孫○○所受週產期窒息及缺氧性腦病變之傷害，與被告翁榮聰之醫療過失行為間具有因果關係云云，尚乏所據，應不足採。

（七）至原告主張被告翁榮聰於本院107 年度聲判字第8 號聲請交付審判案件訊問時，已認諾其上開醫療行為有重大過失乙節，經查，依上開刑事案件108 年1 月24日訊問筆錄記載：「（審判長問：本件有無和解的可能性？）被告答：因為我那時候是公務員，醫院是公家單位，我只能說就我公務員的身分，做我公務員的事情，所以我沒辦法就說給多少賠償，…孫先生（即原告孫源杰）要打官司是不得已的，就是要一個權益，我瞭解，…但是，和解是需要一些依據，既然庭上有這樣的提議，我想放棄任何的抗辯，就讓庭上去決定…。」、「（審判長問：是否確實要以法院的判決作為和解依據，才有可能洽談和解？）辯護人答：是，當時在民事庭的時候就有問過，因為小孩（即原告孫○○）部分就提出1600多萬元，民事請求總金額就約有2、3000萬元左右。民事部分是採取連帶賠償。我想，沒有一個公務員敢出來直接說跟被害人家屬和解，因為這種情況下沒有法律判決的依據，很容易被說是圖利，所以民事賠償這部分，醫院就是這個立場。」、「（審判長問：所以法院判決多少，醫院就願意給付多少？）辯護人答：醫院有保險，保險公司會視責任程度來理賠。…（審判長問：尚有何意見？）被告答：我自己的想法就是如果沒有辦法和解的話，就請法官判我有罪，這樣才可以給個交代，如果判決我有罪的話，這樣被害人家屬就可以得到賠償。」（見聲判字第8 號影卷第157 、159 、160 頁）。觀之上開筆錄前後文，可知被告翁榮聰所稱放棄任何抗辯，請

求法院判決有罪等語，係就審判長詢問本件有無和解之可能所為之回應。究其真意係指被告執行上開醫療行為當時為公務員，倘未經法院判決認定有罪或應負賠償責任，無從自行與原告成立和解；若欲使原告獲得賠償，只能以被告有罪判決作為賠償原告之依據，並非自認或認諾其醫療行為有所疏失，是原告執此主張被告執行醫療業務確有過失云云，難謂可採。

（八）關於原告得否依民法第184 條第1 項、第188 條之規定，或民法第227 條第1 項、224 條、第227 條之1 不完全給付之債務不履行情事，請求被告負連帶損害賠償責任部分：

9 、復按受僱人因執行職務，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。但選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。民法第188 條第1 項定有明文。經查，本件被告翁榮聰之前開醫療行為符合醫療常規，並無過失，業經陳述如前，是被告翁榮聰並無不法侵權行為損害賠償責任，從而，被告國軍新竹醫院自無民法第188條第1項規定之連帶損害賠償責任。

8 、再按醫療契約係受有報酬之勞務契約，其性質類似有償之委任關係，依民法第535 條後段規定，醫師既應負善良管理人之注意義務，自應依當時醫療水準，對病患履行診斷或治療之義務。而以醫學原理為基礎發展之臨床醫學，其安全性、成功率或準確度仍有其限制，故醫療提供者對於正面療效及負面損害的掌控，以及本件產前檢查之診斷行為、生產過程中之醫療行為，應限定在當代醫療科技水準所能統攝之範圍內，倘醫療給付者或其履行輔助者之醫師未違背具有一般知識、經驗及技能之醫師合理採取之步驟與程序，而以符合當時臨床醫療水準之方法而為給付，雖該給付之安全性或療效囿於醫學科技之有限性，不能精準滿足病患之期望，仍應認醫療提供者已為善良管理人注意

義務，並依債務本旨提供給付，尚難遽認其未盡善良管理人之注意義務，而應負債務不履行之損害賠償責任。查本件被告翁榮聰對於被害人林○○及原告孫○○之相關醫療行為，符合當代醫學水準及醫療常規，並未違反善良管理人之注意義務，已如前述。揆諸前開說明，被告國軍新竹醫院上開給付因受限於當代醫學科技之有限性，而不能完全滿足原告之主觀期望，惟仍應認已依債務本旨提供給付，難認被告未盡善良管理人之注意義務，而應負債務不履行之損害賠償責任。

7、從而，原告依民法第184條第1項、第188條之規定，或民法第227條第1項、224條、第227條之1不完全給付之債務不履行情事，請求被告負連帶損害賠償責任，均屬無據，應予駁回。

六、綜上所述，原告依民法侵權行為及債務不履行之法律關係，請求被告負連帶損害賠償責任，尚無所據。從而，原告聲明請求被告應連帶給付原告孫○○16,493,434元、原告孫源杰300萬元、原告林煥章3,339,488元、原告陳月娥3,543,245元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利息，為無理由，應予駁回。又原告之訴既經駁回，其所為假執行之聲請亦失所附麗，應併予駁回。

七、原告雖聲請函查被告國軍新竹醫院提出重新列印血庫系統中有關本件所有新鮮冷凍血漿（FFP）「發血紀錄」、「領血證明單」，及函詢中央健康保險署查明被告國軍新竹醫院就林○○100年5月10日、11日住院期間，是否有申請19次交叉試驗之費用，以及新鮮冷凍血漿（FFP）之費用，暨將本件醫療專業相關爭議事項函詢高雄醫學大學附設中和醫院乙情，因本案事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經本院斟酌後，核與判決結果不生影響，爰不一一論述，原告上開所請，核無必要，應予駁回。至原告於108年8月26日17時25分許傳真之民事補充意見狀，係在本件言詞辯論終結後始行提出，依法本院不予審酌，併此敘明之。

八、訴訟費用之負擔：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　8　　月　　27　　日

民事第一庭　　法　　官　蔡欣怡

以上正本係照原本作成。

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。

如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　8　　月　　28　　日

書　記　官　王恬如