

【裁判字號】96,醫上,26

【裁判日期】971118

【裁判案由】損害賠償

【裁判全文】

臺灣高等法院民事判決

96 年度醫上字第 26 號

上 訴 人 丙○○

訴訟代理人 丁○○律師

被上訴人 ○○醫院

法定代理人 乙○○

被上訴人 甲○○

共 同

訴訟代理人 古清華律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國 96 年 9 月 14 日臺灣臺北方法院 94 年度醫字第 29 號第一審判決提起上訴，本院於 97 年 11 月 4 日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

甲、程序方面

一、本件被上訴人○○醫院（下稱○○醫院）之法定代理人已由戊○○變更為乙○○，有北市衛醫字第 0401180014 號醫療機構開業執照可考（見本院卷(二)第 95 頁），經乙○○聲明承受訴訟（見本院卷(二)第 93 頁、第 94 頁），經核並無不合，應予准許。

二、按主觀的訴之合併，即當事人兩造或一造為複數，以一項或數項法律關係為訴訟標的，依同一訴訟程序提起之共同訴訟。至所謂主觀的訴之預備合併，即在共同訴訟，或由共同原告對於同一被告，或同一原告對於共同被告起訴為預備之合併，後者，如原告預慮其對於被告甲之訴（先位之訴）無理由時，請求法院就其對於被告乙之訴（預備之訴）審判是。本件上訴人對二被上訴人為同一目的主張數項法律依據，聲明請求法院依其單一聲明，同時命二被上訴人為給付，僅法律關係多寡有別而已，上訴人所提起者乃屬一般共同訴訟，而非主觀的訴之預備合併，基於尊重當事人訴訟上之處分權，不得因其提起之訴訟型態不符合學說或實務上分類之模式，即認其起訴不合法（最高法院 95 年台抗字第 184 號裁定意旨參照）。

三、本件上訴人起訴先位之訴原係依民法第 184 條第 1、2 項、第 188 條第 1 項、第 191 之 3 條第 1 項規定，請求被上訴人負連帶損害賠償責任；備位之訴依民法第 224 條、第 227 條、第 227 條之 1、消費者保護法第 7 條第 1 項、

第 2 項、第 51 條規定，請求被上訴人○○醫院負損害賠償責任，惟上訴人僅就先位之訴依民法第 184 條第 2 項、第 188 條第 1 項；備位之訴依民法第 224 條、第 227 條、第 227 條之 1 提起上訴（見本院卷(一)第 105 頁反面、第 106 頁之書狀），其餘部分捨棄上訴（見本院卷(一)第 53 頁之言詞辯論筆錄、第 106 頁之書狀）。是本院僅就上訴人上訴請求之法律關係部分為審酌。合先敘明。

乙、實體方面

一、本件上訴人主張：

(一)伊之配偶即其夫己○○因於民國 93 年 10 月 7 日清晨 8 時有胸痛狀況，乃於 93 年 10 月 7 日 11 時至○○醫院急診室就診。被上訴人甲○○醫師（下稱甲○○）對於己○○尚未完成各種檢驗確認病症並收住入院前，即貿然假設己○○罹患有「急性心肌梗塞」為由，實施「經皮冠狀動脈氣球成形術」。因心電圖檢查顯示己○○之原發性竇性心跳間段有異常偏移，有心肌缺血或心肌梗塞跡象，但無心臟血酵素上升情形，也無證據顯示己○○有劇烈而持久之胸骨後疼痛、發燒、白血球增多、紅血球沉降率加快、血清心肌活力增高、心律不整、休克或心臟衰竭等急性心肌梗塞之臨床表徵；又縱認己○○之病症係急性心肌梗塞，然「經皮冠狀動脈氣球成形術」之危險性比血栓溶解性療法高出很多，「經皮冠狀動脈氣球成形術」會發生冠狀動脈再狹窄與血流再阻塞等問題，在臨床上尚未能有普遍性運用，故甲○○之上開醫療處置，顯有違誤。且甲○○要求伊自費負擔己○○兩支塗藥支架費用金額共新台幣（下同）20 萬元，惟甲○○僅為己○○裝設 1 支支架，造成影響治療效果而致己○○死亡，甲○○之所為形同欺瞞，少裝 1 支自費塗藥支架與己○○死亡結果間有因果關係。

(二)又按醫療機構診治病人或實施手術時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知病情、治療方針、說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之醫療法第 63 條第 1 項、第 81 條定有明文。甲○○並未分別依上開規定向己○○及其配偶即伊說明有關病人診斷結果、為何決定依「經皮冠狀動脈氣球成形術」作為病人己○○治療方針、其成功率、可能之併發症及危險，以及為何本應使用 2 支支架，最後僅使用 1 支支架之理由，減少 1 支支架會對病人之預後及可能不良反應等，致伊無從依民法第 540 條、醫療法第 63 條第 1 項之規定，啟動「醫療自主權」來決定是否再尋求「第二意見」，或選擇採用比較安全之「血栓溶解性療法」或成功率高之「繞道手術」，故○○醫院未履行上揭法定告知說明義務，應負不完全給付之債務不履行責任。

(三)復按醫師診治病人時，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，為醫師法第 12 條之 1 所明定。甲

○○係○○醫院所雇用之醫師即為○○醫院之履行輔助人，惟甲○○未依上揭醫師法第 12 條之 1 及醫療法第 63 條第 1 項規定履行告知說明義務，致違反民法第 184 條第 2 項所規定「保護他人之法律」為有過失，且該過失與己○○死亡結果有因果關係，故○○醫院應與甲○○連帶負侵權行為損害賠償責任。

(四)再者，依醫療契約關係請求損害賠償之主體係屬未死亡之債權人之繼承人，而非已死亡之債權人，自不得謂醫療契約債權人已死亡，而無權利能力，其繼承人不得依債權人生前之醫療契約關係請求損害賠償。故本件契約關係之主體雖係己○○，惟己○○既已死亡，伊係己○○之配偶，乃為己○○之繼承人，自得依己○○與○○醫院所訂立之醫療契約關係，請求損害賠償。茲就伊損害之金額計算如下：

慰撫金部分：己○○為伊之配偶，因甲○○之醫療疏失致死。伊為已退休無收入之人，而甲○○是○○醫院主治醫師加上不開業之專勤獎金月薪至少 15 萬元以上，斟酌雙方資力，以及己○○受害情形（死亡），請求慰撫金 500 萬元。

殯葬費用部分：伊為己○○支出殯葬費共 61 萬 7,000 元。

自費醫療費用部分：伊為己○○支出自費醫療費用共 11 萬 6,124 元。

受扶養利益之損失：依 92 年度未滿 70 歲配偶扶養每人每年免稅額為 7 萬 4,000 元。92 年度台灣地區兩性平均餘命，女性為 73.39 歲。本件己○○於 93 年 10 月 14 日死亡，伊係 30 年 5 月 15 日生，於己○○死亡時是 63.4 歲，其受扶養利益損失為 10 年（計算式為：73.939 - 63.4 = 10）。伊與己○○互負扶養義務，伊之受扶養利益損失為 29 萬 3,963 元（計算式為：7 萬 4,000 元 × 7.00000000 ÷ 2 = 29 萬 3,963 元）。

上述求償項目合計金額為 602 萬 7,087 元。(一)先位聲明（上訴後僅依民法第 184 條第 2 項、第 188 條第 1 項為請求）：求為命被上訴人○○醫院、甲○○應連帶給付上訴人 602 萬 7,087 元，及自調解聲請狀副本送達最後被上訴人之翌日起，至清償日止，按年息百分之 5 計算利息之判決。(二)備位聲明（上訴後僅依民法第 224 條、第 227 條、第 227 條之 1 為請求）：求為命被上訴人○○醫院應給付上訴人 602 萬 7,087 元，及自調解聲請狀副本送達被上訴人之翌日起，至清償日止，按年息百分之 5 計算利息之判決（原判決駁回上訴人全部之請求，上訴人聲明不服提起上訴，並捨棄部分之訴訟標的，已如前述）。並上訴聲明：(一)原判決廢棄。(二)先位聲明：被上訴人○○醫院、甲○○應連帶給付上訴人 602 萬 7,087 元及自調解聲請狀副本送達被上訴人之翌日起，至清償日止，按年息百分之 5 計算之利息。備位聲明：被上訴人○○醫院應給付上訴人 602 萬 7,087 元及自調解聲請狀副本送達被上訴人之翌日起，至清償日止，按年息百分之 5 計算之利息。(三)願供擔保，請准宣告假執行。

二、被上訴人則以：

- (一)本件上訴人原任職於○○醫院護理人員，並曾擔任至護理長一職。己○○於93年10月7日因自清晨8時起胸痛，當日11時至○○醫院急診室就診，經○○醫院急診室醫師初步診斷為急性心肌梗塞。甲○○因知悉病患為○○醫院退休員工家屬，故立即排除其他事務，同日12時為己○○進行緊急心導管治療，於同日14時完成該心導管治療後即轉入加護病房照顧，其術後病情逐漸穩定。雖上開緊急心導管手術相當成功及時挽救病患生命，然己○○因心肌梗塞範圍廣泛，心臟業已受到嚴重損傷，在○○醫院醫護人員嚴密照護下，仍於93年10月11日突然發生休克、心跳停止，經○○醫院醫護人員立即進行緊急急救措施，並置放體外循環器，進行緊急繞道手術，終因己○○之心臟功能無法恢復，併發多重器官衰竭，不幸於93年10月14日死亡。
- (二)又己○○於93年10月7日至○○醫院急診室求診時，當時處置之醫師立即為病患進行心電圖檢查，由己○○當時之主訴症狀及心電圖檢查結果顯示病患確實有急性心肌梗塞之症狀。依目前急性心肌梗塞之診斷，意指下列3種情形中出現2種，包括胸痛、心電圖變化及心肌變化即為該病狀，並非如上訴人所指必須心肌上升。且急診醫師所做診斷亦為急性心肌梗塞，才會急照會心臟科做導管。現今醫療常規對於急性心肌梗塞病患，如處理醫院之設備與醫師充分者，應及時為病患施行緊急心導管治療對於病患預後較佳，此有眾多醫療文獻均明示，我國目前對於急性心肌梗塞之診斷與緊急處置上，均以由有經驗之醫師為病患進行緊急心導管治療為最佳之治療方式，早期醫療界對於急性心肌梗塞，依據統計如果未能及時搶救，死亡率高達30%以上，1980年代醫學界使用血栓溶解劑用於急性心肌梗塞後，死亡率可降至10%左右，然而如果採用緊急冠狀動脈氣球擴張術治療急性心肌梗塞之病人，立即打通梗塞血管，建立足夠的冠狀動脈血流，並且合併使用血管支架，死亡更降到5%，這項手術早已超過以往80年代之血栓溶解劑治療，成為一個安全而有效之治療方式，因此緊急冠狀動脈氣球擴張術及冠狀動脈支架置放術已成為治療急性心肌梗塞病人之標準治療。惟上訴人一再誤指己○○發生急性心肌梗塞時，被上訴人不應給予緊急心導管治療（動脈擴張術），而應改以給予血栓溶解劑之治療，並以此主張被上訴人之處置有過失云云，上訴人此一主張顯係違反現今之醫學常規。
- (三)另甲○○於手術中因發覺己○○血管彎曲甚大，不宜放置第2支塗藥支架，乃判斷改以放置另1個較易彎曲但未塗藥之健保給付支架，而該未塗藥之健保給付心臟支架並不影響當時己○○急性期之治療效果；又塗藥支架之目的僅在於預防術後6個月內，業已放置支架之心臟血管管壁，因病患自己身體之原因再度發生慢性狹窄問題。設若甲○○當時如同上訴人主張，在放置第2個支架時，強行置入塗藥支架者，反將有可

能造成病患急性併發症之高度危險，使心導管治療無法完成，對己○○更為不利益。甲○○為己○○所施行之心導管治療非常成功，並及時挽救當時業已命在旦夕之己○○。上訴人卻誤指甲○○在執行緊急心導管時，向己○○家屬表示預計放置 2 個塗藥心臟支架，事後僅放置 1 個，有欺瞞之嫌，甚至因此造成己○○死亡等語，此皆為上訴人不瞭解甲○○事事以及時救治病患生命為優先目的。是上訴人之指摘顯無事證與理由。況○○醫院僅向上訴人收取 1 支塗藥支架之費用，而上訴人一面主張甲○○不應為己○○進行擴張術放置支架；另一方面卻又主張甲○○僅為己○○放置 1 支塗藥支架為不足，上訴人此二論點顯自相矛盾。

(四)再者，己○○送醫時，其急性心肌梗塞性屬大面積梗塞，縱經過相當醫療救治方式，因心肌受損為不可逆，仍有適時猝死之可能。甲○○於急診室及心導管檢查前後均已善盡說明義務；又在己○○進入急診室時，經急診室醫師診治後懷疑係急性心肌梗塞後照會心臟科醫師即莊○○醫師，經其會診後，確定為急性心肌梗塞，立即至心導管室向甲○○報告己○○病情，經甲○○亦診斷為急性心肌梗塞後，指示莊○○醫師再回到急診室向病人說明與告知有關診斷內容、治療方法之選擇、風險等告知事項，經病人及家屬充分瞭解、同意並簽署同意書後，才將己○○推進心導管室，此有上訴人所親簽之同意書及病歷記錄可證。另醫師告知義務範圍與界線，應考量病患醫療目的而有所不同，如治療有必要且迫切性，病患需立即進行醫療處置者，則醫師對於罕見或極端之併發症並無告知義務，況己○○當時情況緊急，必須爭取搶救時間，應非一概課予醫師對病患需為詳盡、無缺漏之說明義務，否則非但造成醫療資源之浪費，亦將使病患於決定是否接受醫療行為時變得無所適從，甚至造成病患同意權之行使空洞化，更與說明義務所欲保障者為病患自主決定權之目的相互悖離。

(五)上訴人之損害金額計算無理由：

慰撫金部分：上訴人僅以其現為退休人員，未有其他任何事證進而請求賠償慰撫金 500 萬元，並無所據，顯無理由。

扶養利益損失部分：上訴人請求計算利益之損失，應以己○○之平均餘命計算，而非以上訴人之平均餘命計算。由己○○之平均餘命觀之，勢必早於上訴人死亡，夫死亡後，其配偶即無所謂之扶養利益。又上訴人請求之扶養利益均尚未屆至，且為分期年金之法律性質，今上訴人請求一次給付，應以霍夫曼式計算扣除中間利息，其未扣除，顯有錯誤，伊否認其計算方法等語，資為抗辯。並答辯聲明：(一)上訴駁回。(二)如受不利判決，願預供擔保請宣告免為假執行。

三、兩造不爭執事項：

- (一)上訴人曾任○○醫院護理長一職。
- (二)己○○於93年10月7日清晨8時因胸痛，而於同日11時至○○醫院急診室就診。
- (三)己○○為○○醫院急診之緊急病患。
- (四)甲○○於93年10月7日12時為病患己○○緊急進行心導管治療，於當日14時完成心導管治療。
- (五)己○○於93年10月14日因急性心肌梗塞死亡等事實，為兩造所不爭執（見本院卷(一)第54頁之筆錄、第7頁所附之判決），並有○○醫院服務證明書、急診病歷、手術同意書、心導管檢查及心血管介入性治療說明書、心導管手術病歷資料、死亡證明書可證（見原審卷第255頁之服務證明書、本院卷(二)第104頁至第107頁之急診病歷、原審卷第301、302頁之手術同意書、第303頁心導管檢查及心血管介入性治療說明書、本院卷(二)第130、131頁之病歷資料、原審卷第7頁之死亡證明書），固堪信為真實。

四、本件經依民事訴訟法第463條準用同法第270條之1第1項第3款規定，整理並協議簡化爭點後，兩造同意就本院97年4月21日準備程序中，兩造協議簡化之爭點為辯論範圍（見本院卷(一)第143頁筆錄）。茲僅就兩造之爭執點，分述如下：

- (一)關於○○醫院是否有不完全給付之情形存在？經查：依財團法人佛教慈濟綜合醫院（下稱慈濟醫院）97年9月1日慈醫文字第0970001956號函記載：「…根據其（指己○○）病歷記載，急診室心電圖檢查結果為急性前壁心肌梗塞，心臟科醫師對於病患之診斷…並無醫療上之明顯錯誤。該告知並無違反現今之常規。…本病人冠狀動脈左前降枝完全阻塞併發急性心肌梗塞為高死亡危險之心臟疾病，現今心臟內科醫學知識並無其他治療方式能保證對本件病患不會發生死亡結果。」等情（見本院卷(二)第159頁之函文）；又財團法人長庚紀念醫院（林口）分院（下稱長庚林口分院）97年8月13日（97）長庚院法字第0657號函之附件一回覆部分記載：「…經參閱相關資料，病患（指己○○）之心電圖表現確為ST波上升之急性心肌梗塞，故醫師診斷並無錯誤…」等情（見本院卷(二)第161頁之函文所檢附之附件一）；又財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫中和醫院）97年7月30日高醫附行字第0970002526號函記載：「…二、由所附病歷中急診紀錄及住院病史描述，病人（指己○○）…診斷為急性前壁心肌梗塞應無誤…」等情（見本院卷(二)第163頁之函文）；另行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院（下稱台北榮總）97年10月2日北總內字第0970019902號函記載：「…三、…（一）病患（指己○○）為62歲、男性、於94年10月7日…符合心電圖前壁心肌梗塞診斷無誤…」等情（見本院卷(二)第178頁之函文），足見本件病患己○○經○○醫院甲○○醫師診斷為

急性心肌梗塞，並無錯誤之處。

再經參酌「美國心臟醫學會對急性心肌梗塞治療之導引指標」記載：「…

b.If the symptom duration is within 3 hours and the expected door-to-balloon time minus the expected door-to-needle time is: i) within 1 hour, primary PCI is generally

preferred...c. If symptom duration is greater than 3 hours, primary PCI is generally preferred and should be performed with a medical contact-

to-balloon or door-to-balloon time as brief as possible, with a goal of within

90 minutes. … (即若症狀發作在三小時之內，而預期自急診室送至心導管治療之時間比在急診室開始血栓溶解治療之時間不超過一小時，則緊急心導管治療較好。若症狀發作已超過三小時，則緊急心導管治療較好，最好是能在到院 90 分鐘之內開始。) …」等情 (見原審卷第 95 頁、

本院卷(二)第 23 頁之資料)，足見在急性心肌梗塞發生之 3 小時內，以緊急心導管治療較血栓溶劑之治療效果為佳。再參酌慈濟醫院 97 年 9

月 1 日慈醫文字第 0970001956 號函記載：「……心臟科醫師對於病患(指己○○) …立即進行心導管介入治療並放置心臟血管支架之醫療建議並無醫療上之明顯錯誤…」等情 (見本院卷(二)第 159 頁之函文)；又長庚

林口分院 97 年 8 月 13 日 (97)長庚院法字第 0657 號函之附件一記載：「…病患(指己○○) 也需接受緊急之心導管介入治療。…」等情 (見本院卷(二)第 161 頁之函文所檢附之附件一)；又高醫中和醫院 97 年 7

月 30 日高醫附行字第 0970002526 號函記載：「…二、…針對 ST 區段上升之急性心肌梗塞患者，發病至到院若仍在 12 小時以內的黃金時段，則應考量儘快讓堵塞的血管再暢通，方法包括血栓溶解劑的治療，或心導管氣球擴張術及支架置放，整體而言，血栓溶解劑的治療，血管再暢通率約六至七成，有腦出血或其他部位出血者之發生率，氣球擴張及支架治療血管的再暢通率可達九成，比起血栓溶解劑的治療，較少腦出血的併發症，短、中期的死亡率也較低…心肌梗塞的治療是搶黃金時間的治療…因此建議儘速治療並無不妥。…五、…血栓溶解劑或氣球擴張及

支架皆能有效地降低病人的死亡率，只要在黃金 12 小時之內，二者皆是有效的治療。惟近年來多項臨床試驗報告顯示以心導管氣球擴張與支架治療出血的併發症較低，短中期的存活率較好，因此在有能力執行這項治療的醫院皆會提供此項治療方式。…」等情 (見本院卷(二)第 163、

164 頁之函文)；另台北榮民總醫院 97 年 10 月 2 日北總內字第

0970019902 號函記載：「…三、… (一) …心臟科醫師建議立即進行心導管手術的建議，以急性 ST 波上昇心肌梗塞處理，以儘速達到心肌再灌流的治療為原則，而心導管手術併支架置入術與血栓溶解劑相較，不論在短期 (4-6 週) 或長期預後相較，心導管手術均較血栓溶解劑治療為優，因此一般心肌梗塞處理若能接受心導管手術 (具有心導管設備之

醫院)應以接受心導管手術為優先考量，因此心臟科醫師建議立即進行心導管介入性治療並無錯誤。

(二)…目前臨床數據顯示，心導管手術不論在早期及長期預防皆優於血栓溶劑治療，一般除非病患被送至無心導管設備之醫院或是轉送其他醫院可能延長再灌時機，方才考慮血栓溶解劑治療，尤其若是病患併發心因性休克，或是有內出血或是腦出血之風險，尤其建議心導管治療為佳，此個案發生地點為○○醫院應是有豐富心導管經驗之醫院且有良好之心臟外科支援，應是以施行心導管治療為優先…」等情(見本院卷(二)第178頁正反面之函文)，足見○○醫院甲○○醫師立即對己○○進行心導管介入治療，並放置心臟血管支架之醫療方式，並無錯誤，已符合一般醫療常規。再參以慈濟醫院97年9月1日慈醫文字第0970001956號函記載：「…本件醫師執行之緊急心導管治療手術各個步驟與內容與美國心臟醫學會於2004年所公布之建議，各項處置與治療並無明顯錯誤…」等情(見本院卷(二)第159頁之函文)；又長庚林口分院97年8月13日(97)庚院法字第0657號函之附件一記載：「…臨床上，該項心導管治療符合AHA/ACC所建議之治療Guideline，各項處置與治療並無錯誤。…」等情(見本院卷(二)161頁之函文所檢附之附件一)；又高醫中和醫院97年7月30日高醫附行字第70002526號函記載：「…四、由所附的病歷記載，病人到達急診即接受抗凝血劑(Heparin)、抗血小板藥物(aspirin)、硝化甘油等藥物治療，在導管室亦接受Clopidogrel、抗凝血劑(Heparin)之治療。心導管檢查、氣球擴張及支架置放皆按一般常規處理。術後在病房發生心室頻脈亦使用Amiodarone治療，經急救後血液動力學不穩定更積極的使用主動脈氣球幫浦(IABP)，甚至葉克膜(ECMO)給與全力支援，最終仍進行緊急心臟繞道手術治療，可謂已盡全力搶救。…」等情(見本院卷(二)第164頁之函文)；另台北榮總97年10月2日北總內字第970019902號函記載：「…三、…(三)本件醫師緊急性心導管治療手術之適應症為急性心室前壁ST波上昇心肌梗塞，為合理處置且心導管發在左前降支近端血管阻塞，右冠狀動脈開口病灶，依急性心肌梗塞處理造成心肌梗塞之左前降支血管亦符合處理原則並無錯誤，處理原則與2004年美國心臟學會所公布之急性心肌梗塞處理原則並無違背。…」等情(見本院卷(二)第178頁反面之函文)情，足見甲○○所執行之緊急心導管治療手術各個步驟與內容，已符合美國心臟醫學會於西元2004年所公布之「ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction-Executive Summary」(即美國心

臟醫學會急性心肌梗塞治療之導引指標)所建議之各項應進行的醫療處置,且○○醫院相關醫療人員所為之各項處置及治療並無錯誤。上訴人雖主張甲○○為己○○貿然執行「心導管氣球擴張術及支架置放」前,顯未將實施「心導管氣球擴張術及支架置放」之前提條件(醫師之經驗能力及醫院設施《緊急常備團隊值班》),以及未將血栓溶解法、冠狀動脈繞道手術及心導管氣球擴張術、支架置放等三者之間的利弊優劣及風險,向己○○或上訴人告知說明,顯有違背告知說明之義務云云。惟查:按醫療機構實施手術,應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險,並經其同意,簽具手術同意書及麻醉同意書,始得為之。但情況緊急者,不在此限。醫療法第63條第1項有明文規定。又按醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療,應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明,並經其同意,簽具同意書後,始得為之。但情況緊急者,不在此限,醫療法第64條第1項亦定有明文。惟上開規定旨在經由危險之說明,使患者得以知悉侵入性醫療行為之危險性而自由決定是否接受,以減少醫療糾紛。惟法條就醫師之危險說明義務,並未具體化其內容,能否漫無邊際或毫無限制的要求醫師負一切(含與施行手術無直接關聯)之危險說明義務?已非無疑(最高法院96年台上字第2476號裁判要旨參照)。又倘囿於告知義務之履行,反延誤醫療之最佳時機,故上開條文將告知義務於情況緊急時為適當之限縮。再參酌被上訴人所提出之○○醫院手術同意書記載:「…病人:己○○…一、擬實施之手術…疾病名稱:急性心肌梗塞。建議手術名稱:主動脈內氣球幫浦。…」等情(見原審卷第301頁之手術同意書)。又該手術同意書所附之心導管檢查及心血管介入性治療說明書並記載:「…這份說明書是有關您即將接受的手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案的書面說明…手術:心導管檢查及心血管介入性治療…手術風險:(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,但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)心導管檢查及心血管介入性治療術之風險及併發症:(心導管術)死亡 \leq 0.11%、心肌梗塞 \leq 0.05%、腦中風 \leq 0.07%、心率不整0.38-0.5%;(冠狀動脈氣球擴張術)死亡 \leq 0.8-2.1%、心肌梗塞 \leq 0.6%…」等情(見原審卷第303頁、本院卷(二)第129頁之說明書),並經上訴人於立同意書人欄中簽名(見原審卷第302頁、本院卷(二)第128頁之手術同意書),足見○○醫院甲○○或己○○已指示其總醫師、住院醫師將手術原因、手術名稱、手術風險及可能發生之併發症及危險,已用書面之方

式告知上訴人，並經其同意，始為該手術。又證人洪○○即本件事務發生時○○醫院心臟科總醫師證述：「(問：93年10月7日上午11時左右，江○○急診是否由你診察及作一些簽署手術同意書等事項？當時做心導管手術前及簽署手術同意書前，有無向病人己○○及家屬說明相關疾病診斷內容、治療選擇及治療後的風險等事項？)答：是的，…我有將治療方法的選擇，及心導管手術的風險告知己○○及家屬。一般我會告訴病人做心導管手術的危險會有出血、中風、心臟血管無法處理需要緊急手術等我有告訴他們這三個加起來有百分之1的危險。我還有告知己○○及家屬心肌梗塞的危險性，其死亡率約有百分之10到百分之50以上。如果打血栓溶解劑本身腦中風的危險性就有百分之3。後來評估後就給甲醫師(指甲○○)去做心導管手術，但事先都有經過江先生(指江○○)及家屬同意。」等語(見本院卷(一)第114、115頁之筆錄)；又證人莊○○即本件事務發生時○○醫院心臟科之住院醫師證述：「(問：放支架之前，甲醫師(指甲○○)可有向病人解說檢查狀況？)答：…甲(○○)醫師有跟病人解釋血管堵塞現在要做處理，要做氣球擴張，甲(○○)醫師要做氣球擴張前跟病人說明，要做支架前也有再跟病人說明，要放支架前也有跑去外面跟病人太太(指上訴人)確認病人狀況是如何及要放支架，…」等語(見本院卷(一)第117頁之筆錄)、「(問：證人莊○○可知心導管室是否確認同意書均簽署才會做？)答：心導管室的護士都會將文件確認是否有簽署同意書，才會讓病人近來心導管室。」等語(見本院卷(一)第118頁之筆錄)，足見○○醫院甲○○及其總醫師洪○○除以上開書面告知上訴人外，尚有以口頭說明之方式告知上訴人。

再參以慈濟醫院97年9月1日慈醫文字第0970001956號函記載：「…該告知並無違反現今之常規。…」等情(見本院卷(二)第159頁之函文)；又長庚林口分院97年8月13日(97)長庚院法字第0657號函之附件一記載：「…醫師所為之該告知為正確治療步驟，並未違反現今之常規。…」等情(見本院卷(二)第161頁之函文所檢附之附件一)；又台北榮總97年10月2日北總內字第0970019902號函記載：「…三、…(二)…此告知為國內現行針對此病患共同處置之常規，並無違背。…」等情(見本院卷(二)第178頁反面之函文)，益證甲○○所為告知並未違反醫療常規。另參酌甲○○陳稱：「(問：本件病人《指己○○，下同》當時情況是否很緊急？)答：本件病人當時是要爭取時間的，必須馬上下決斷與處理，會牽涉到癒後情況。」等語(見本院卷(一)第153頁之筆錄)。再參以高醫中和醫院97年7月30日高醫附

行字第 0970002526 號函亦記載：「…二、…心肌梗塞的治療是搶黃金時間的治療，無論採何種方法皆應儘速進行，…」等情（見本院卷(二)第 163 頁之函文），足見己○○當時情況確屬緊急。依醫療法第 63 條第 1 項、第 64 條第 2 項之規定，應排除上開條文所規定之告知義務及此時病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人之同意權行使，亦即於情況緊急時，醫療機構縱未為告知義務，及取得病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人之同意，仍得實施手術及治療，故本件縱認○○醫院甲○○醫師未盡告知義務，惟因己○○當時罹患急性心肌梗塞，情況緊急，尚難遽認○○醫院有違反告知義務。又醫師告知義務範圍與界線，應考量病患醫療目的而有所不同，如治療有必要且迫切性，病患需立即進行醫療處置者，則醫師對於罕見或極端之併發症並無告知義務。被上訴人辯稱本件己○○就醫當時情況緊急，必須爭取搶救時間，應非一概課予醫師對病患需為詳盡、無缺漏之說明義務，否則非但造成醫療資源之浪費，亦將使病患於決定是否接受醫療行為時變得無所適從，甚至造成病患同意權之行使空洞化，更與說明義務所欲保障者為病患自主決定權之目的相互悖離等語，自屬合理可採。準此，己○○當時確係罹患急性心肌梗塞，○○醫院立即對己○○進行心導管介入治療，並放置心臟血管支架之醫療方式，符合美國心臟醫學會於西元 2004 年所公布之「ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction -Executive Summary」（即美國心臟醫學會對急性心肌梗塞治療之導引指標）所建議之各項應進行的醫療處置，且被上訴人所為之各項處置及治療並無錯誤，亦無違反告知義務。另甲○○為己○○診斷後，建議須放置兩支自費之塗藥心臟血管支架，然必須視置放當時之情況而定，上訴人乃簽署心臟血管支架自費同意書（見本院卷(一)第 50 頁之同意書）。甲○○原預計置放兩支塗藥心臟血管支架，目的在預防置放支架之血管狹窄處六個月後再度阻塞。甲○○辯稱於置放第一支塗藥支架完成後，於試行置放第二支塗藥支架時，因己○○梗塞處之心臟血管過彎，試行時見病患血壓下降，此為緊急情形，為求立即暢通病患血管以挽救生命安全無瑕至心導管室外，向家屬告知緊急處置情況，因而立即判斷改以置放較合適之無塗藥之支架，並置放完成等語。如前所述，既屬緊急情況，為爭取搶救時間，且治療有必要且迫切性，病患己○○需立即進行醫療處置，是甲○○之處置並無不當處。且符合一般醫療常規，是尚難認定○○醫院履行醫療契約義務有不完全給付之可歸責性存在。

(二)關於甲○○是否有民法第 184 條第 2 項之過失行為？○○醫院是否應與

甲○○負連帶損害賠償責任？經查：上訴人主張甲○○對己○○貿然執行「心導管氣球擴張術及支架置放」前，顯然未盡告知說明義務，以致己○○或其配偶無從啟動醫療自主權及選擇低風險之方法，而貿然同意採用本件系爭方法造成本件之死亡結果，其間有因果關係云云。惟查：按所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形上，有此環境，有此行為之同一條件，均發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形上，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果並不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係。又侵權行為所發生之損害賠償請求權，以有故意或過失不法侵害他人之權利為其成立要件，此觀民法第一百八十四條之規定自明。若其行為並無故意或過失，或其行為與損害之間無相當因果關係者，均無令負侵權行為損害賠償責任之可言（最高法院 95 年度台上字第 449 號裁判要旨參照）。經參酌慈濟醫院 97 年 9 月 1 日慈醫文字第 0970001956 號函記載：「…本病人（指己○○）冠狀動脈左前降枝完全阻塞併發急性心肌梗塞為高死亡危險之心臟病，現今內科醫學知識並無其他治療方式能保證本件病患不會發生死亡結果。…」等情（見本院卷(二)第 159 頁之函文）；又長庚林口分院 97 年 8 月 13 日（97）長庚院法字第 0657 號函之附件一記載：「…另臨床上，並無其他的治療方法保證病患不會發生死亡結果。…」等情（見本院卷(二)第 161 頁之函文所檢附之附件一）；又高醫中和醫院 97 年 7 月 30 日高醫附行字第 0970002526 號函記載：「…五、現今之心臟內科醫學知識，尚無任何一種治療方法可以保證急性心肌梗塞的病患不會死亡，…」等情（見本院卷(二)第 164 頁之函文），足見己○○所罹患之急性心肌梗塞，無論施以何種醫療方法，皆未能避免發生本件之死亡結果，亦即甲○○所實施醫療及有無告知等行為，均與導致己○○之死亡結果兼並無因果關係存在。況承前所述，本件對己○○實施之醫療行為係符合醫療常規，且無告知義務之違反，尚難認定甲○○有過失行為。上訴人雖主張甲○○未盡告知、說明義務，而有違反保護他人法律之過失云云。惟按「因違反保護他人法律之行為，而應負損害賠償之責任者，仍須其行為與損害之間有因果關係存在為要件。關於行為與損害間之因果關係，吾國係採相當因果關係說。」（最高法院 75 年度台上字第 462 號裁判要旨參照）。承前所述，甲○○及其醫療團隊，包含當時之總醫師洪啟盛、住院醫師莊○○及護士等醫療人員均告知上訴人為己○○所實施醫療等情。證人即總醫師洪○○證稱：「（問：93 年 10 月 7 日上午 11 時左右，己○○急診是否由你診察及作一些簽署手術同意書等事項？當時做心導管手術前及簽署手術同意書前，有無向病人己○○及家屬說明相關疾病診斷內容、治療選擇及治療後的風險等

事項？) 答：是的，當時診斷後告知己○○係急性心肌梗塞，我們以往只能打血栓溶解劑，根據 2004 年美國心臟醫學會急性心肌梗塞的處理準則，可以做心導管手術，心導管手術優於打血栓溶解劑，如果發生胸痛超過三小時後，做心導管手術是最佳選擇，而且危險性低於打血栓溶解劑，作心導管手術與打血栓溶解劑之危險性作比較最多可差百分之 5，我有將治療方法的選擇，及心導管手術的風險告知己○○及家屬。一般我會告訴病人做心導管手術的危險會有出血、中風、心臟血管無法處理需要緊急手術等，我有告訴他們這三個加起來有百分之 1 的危險。我還有告知己○○及家屬心肌梗塞的危險性，其死亡率約有百分 10 到百分之 50 以上。如果打血栓溶解劑本身腦中風的危險性就有百分之 3。後來評估後就給甲醫師去做心導管手術，但是事先都有經過江先生及家屬同意。」、「(問：洪醫師告知病人或家屬時，當時病人或家屬如何表示？) 答：我只有告知他們危險性百分之 1 或是百分之 3 的差別，他們是選擇作心導管手術。」、「(問：己○○送進加護病房後是否由洪醫師處理？當時病人情況如何？) 答：是的，我是加護病房的總醫師，己○○手術出來後意識清楚，心跳正常，血壓剛開始比較低，用升壓計慢慢就回復正常後，下午就拿掉了。我照顧己○○三天左右，到第三天晚上要送普通病房前，病人突然有變化，幾乎是幾分鐘內，血壓突然降低，且出現心率不整，到要急救的階段就開始急救。」、「(問：己○○在證人洪○○照顧三天內，各方面數據是否正常？) 答：血氧濃度比較低，要用氧氣，其他心跳正常，意識也正常，心臟收縮率有點差，但沒有非常差。」等語(見本院卷(一)第 114 頁至第 116 頁之筆錄)。證人莊○○證稱：「(問：93 年 10 月 7 日時證人莊○○於○○醫院擔任何職務？) 答：我當時是心臟科住院醫師 R4 (即住院第四年醫師)，我當時是在心導管室，我是協助被上訴人甲醫師。」、「(問：己○○經過急診室診斷是心肌梗塞後，由何人向病人講解才送入心導管室，當時情形如何？) 答：當時是洪(○○)醫師拿病人己○○的心電圖到心導管室，照會心導管室這是確認急性心肌梗塞，我們認為確實是適合做心導管手術，關於有無危險或是手術選擇等事項告知部分是由第一線醫師做的，當時我與甲○○醫師一起看心電圖，甲醫師也確認適合作這個手術。當時我們確定病人發病期間等症狀及心電圖都符合心肌梗塞的症狀，確實適宜作心導管手術，其他都交由洪醫師去處理。」、「(問：甲醫師可有告知病人及家屬選擇告知等事項？) 答：治療分流應由第一線醫師做。」、「(問：病患己○○送入心導管室從頭到尾意識是否清楚？) 答：病人送入心導管室意識完全清楚，但是過程中放第一支支架之後，血壓比較低，那時我就不知道這段期間病人是否意識清楚，因為我們努力看螢幕，還有病人生命徵象，之後病人的狀況就再次穩定。」、「(問：放支架之前，甲醫師可有向病人解說檢查狀況？) 答：有的，做完血管攝影之後，甲醫

師確定血管堵塞，病人三條血管都有問題，後來照著心電圖相對應比較問題那條放支架，在一個Y型處放置支架，詳細要看病歷資料。做完血管攝影後，甲醫師有跟病人解釋血管栓塞現在要做處理，要做氣球擴張，甲醫師要做氣球擴張前跟病人說明，要放支架前也有再跟病人說明，要放支架之前也有跑去外面跟病人太太（即上訴人）確認病人狀況是如何及要放支架，說明內容我不清楚。」、「（問：證人莊○○可知病患已○○當時是插隊做心導管手術？係何原因？）答：是的，主要原因係病人已○○是急性心肌梗塞，其他病人可能只是穩定性心絞痛，當然不否認病人的太太是我們醫院護理人員也是原因之一，一般急性心肌梗塞都是會插隊先做的。」、「（問：證人莊○○可知心導管室是否確認同同意書均簽署才會做？）答：心導管室的護士都會將文件確認是否有簽署同意書，才會讓病人進來心導管室。」、「（問：心導管室對於支架同意書流程為何？）答：大部分急性心肌梗塞病人，我們都是同一次簽署手術同意書，作心導管手術，氣球擴張等，我已經忘記○○醫院手術同意書格式內容。」、「有些手術健保有給付，有些健保沒有給付，如果非健保給付就可能還要出去簽署同意書，這種情形是主治醫師解釋後由護士拿出去給病人家屬簽，本件是急性心肌梗塞應該是前面都已經解釋過，非健保給付部分才中間拿出去簽署。」等語（見本院卷(一)第116頁至第120頁之筆錄），足見甲○○及其醫療團隊已盡告知之義務，並無違反保護他人法律之情形。且與已○○死亡間並無相當因果關係。是上訴人主張張甲○○未盡告知、說明義務，而有違反保護他人法律之過失云云，自不足取。未按違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負損害賠償責任，但能證明其行為無過失者，不在此限；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；因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。因不完全給付而生前項以外之損害者，債權人並得請求賠償，固為民法第184條第1項前段、第188條第2項及第227條所明定，惟應負侵權行為損害賠償責任及債務不履行損害賠償責任者，應以行為人、債務人於行為時、履行債務時具有故意或過失為限。經查，上訴人主張之侵權行為人即甲○○對於已○○施行醫療行為時並違反保護他人之法律，已證明無過失，已如前述。是上訴人請求甲○○及其僱用人即○○醫院應負連帶賠償之責，自屬無據。又系爭醫療契約當事人○○醫院之履行輔助人甲○○等相關醫療人員於履行契約所負之義務時，並無過失，亦如前述。是上訴人主張○○醫院應負債務不履行損害賠償之責，亦屬無據。

五、綜上所述，○○醫院就醫療債務之履行，並無不完全給付情形，其所僱用之醫療人員甲○○亦無侵權行為，被上訴人均不負賠償之責。則上訴人先位聲明請求被上訴人連帶負損害賠償責任，○○醫院、甲○○應連帶給付上

訴人 602 萬 7,087 元及自調解聲請狀副本送達被上訴人之翌日起，至清償日止，按年息百分之 5 計算之利息。備位聲明請求○○醫院負損害賠償責任，○○醫院應給付上訴人 602 萬 7,087 元及自調解聲請狀副本送達被上訴人之翌日起，至清償日止，按年息百分之 5 計算之利息，非屬正當，均屬不應准許。從而原審所為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴論旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。

六、兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經斟酌後，認為均不足以影響判決之結果，爰不逐一論列。

七、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第 449 條第 1 項、第 78 條，判決如主文。

中 華 民 國 97 年 11 月 18 日

民事第七庭

審判長法 官 鄭三源

法 官 邱 琦

法 官 王聖惠

正本係照原本作成。

上訴人如不服本判決，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（詳附註）所定關係之釋明文書影本。

中 華 民 國 97 年 11 月 18 日

書記官 陳樂觀

附註：

民事訴訟法第 466 條之 1（第 1 項、第 2 項）：

對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人。但上訴人或其他法定代理人具有律師資格者，不在此限。上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並經法院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。