

原 告 己○○

戊○○○

共 同

訴訟代理人 古清華律師

被 告 ○○醫院

法定代理人 丁○○

被 告 庚○○

上 2 人共同

訴訟代理人 何春源律師

被 告 甲○○

訴訟代理人 吳慶隆律師

複 代 理 人 袁瑞成律師

被 告 乙○○

訴訟代理人 林詮勝律師

複 代 理 人 王雅婷律師

上列當事人間損害賠償事件，本院於民國 98 年 3 月 19 日言詞辯論終結，判決

如下：

主 文

被告○○醫院、乙○○應連帶給付原告己○○新臺幣貳佰零壹萬陸仟肆佰貳拾叁元、原告戊○○新臺幣貳佰壹拾肆萬零壹佰肆拾玖元，及均自民國九十五年十二月七日起至清償日止，按年息百分之五計算之利息。原告其餘之訴駁回。訴訟費用由被告○○醫院、乙○○連帶負擔二十分之九；餘由原告負擔。本判決原告己○○、戊○○勝訴部分，各以新臺幣陸拾柒萬貳仟元、柒拾壹萬叁仟元為被告○○醫院、乙○○供擔保後，得假執行。但被告○○醫院、乙○○得各以新臺幣貳佰零壹萬陸仟肆佰貳拾叁元、貳佰壹拾肆萬零壹佰肆拾玖元分別為原告己○○、戊○○預供擔保，而免為假執行。原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

甲、程序方面：

本件被告○○醫院之法定代理人○○○，於本院審理中由變更為丁○○，法定代理人丁○○具狀聲明承受訴訟，並提出台北市政府 97 年 10 月 3 日府人二字第 09730766800 號令為證，經核於法並無不合，應予准許。

乙、實體方面：

一、原告主張：伊為被害人己○○之父母，己○○於民國 95 年 6 月 5 日下午 1 時 50 分許，因右足傷口至被告○○醫院（下稱○○醫院）急診室由該院醫師即被告甲○○診治，明知檢驗結果己○○之白血球數高於正常值甚多，竟輕忽疾病嚴重性與急迫治療必要性，未對病患進行革蘭式染色菌種檢查，或會診感染科

專業醫師給予適當投藥或立即感染控制，僅安排進行血液及細菌培養等生化檢驗，建議己○○住院治療，旋由該院整形外科主治醫師即被告乙○○接手診察，僅簡略告知家屬該傷口並無大礙，需進行局部治療即可，嗣於同年 6 月 7 日由被告乙○○為己○○進行足部「筋膜切開手術」前，未詳盡告知當時己○○之足部病情，更未告知手術必要性、手術內容及可能引發之併發症等重要資訊，即獨斷施行上開手術，致己○○白血球數目驟然暴增；又己○○之細菌培養結果已知悉為抗藥性金黃葡萄球菌（MRSA），被告乙○○竟未給予有效廣效性抗生素用藥，致己○○於同年 6 月 8 日晚間 8 時 30 分許出現敗血症之低血壓、呼吸喘、心跳過快等典型緊急症狀，被告乙○○及值班醫師即被告庚○○復未到場對己○○進行必要診治，嗣於翌（9）日凌晨 0 時 30 分許，己○○向護理人員求救，血壓僅有 95/57/mm Hg，被告庚○○竟僅聽取護士辛○○口頭報告，未親至病房救治，錯失急救時機，同日上午 6 時 30 分許，己○○病情持續惡化，生命垂危、血壓下降、臉色發白，瀕臨休克邊緣，迨同日上午 7 時 30 分許，己○○喪失意識，發生休克，始由看護工通知被告庚○○及護理人員到場急救，終至急救無效，延至上午 10 時 10 分因敗血性休克不治死亡。

原告己○○受有醫療喪葬費用新臺幣(下同)50 萬 5027 元、扶養費 90 萬 8460 元及慰撫金 300 萬元，原告戊○○受有扶養費 165 萬 1307 元、慰撫金 300 萬元之損害等情，爰依侵權行為、債務不履行法律關係，求為命被告連帶如數給付等語。併聲明：(一)被告應連帶給付原告己○○441 萬 3487 元、原告

戊○○465 萬 1307 元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計算之利息。(二)願供擔保請准宣告假執行。

二、被告則以：(一)被告甲○○部分：伊初步看診後即安排己○○進行血液檢查及細菌培養等生化檢驗，並會同外科醫師看診，因己○○發炎指數異常升高，初步判定應為革蘭式陽性菌感染，給予 Prostaphyllin 藥物治療，建議己○○住院治療，相關處置並無任何疏失；(二)被告乙○○部分：伊接手診療後，除將患部切開引流、換藥、將傷口細菌及血液送交培養檢驗外，並向原告及病患解釋病因，建議住院投予抗生素治療，俟腫脹消退及患部壞死範圍確定，再予手術治療，伊為病患進行系爭手術前，已善盡告知義務，並得病患同意，系爭手術對病患而言，係屬必要且有益之治療，與病患因敗血症死亡無關，且伊自接手治療病患後，從未接獲告知有關病患細菌培養報告，無從改變用藥，縱細菌培養報告已於 95 年 6 月 8 日下午 1 時 43 分知悉為 MRSA，亦不應以院方人員通報之疏失，轉嫁為主治醫師之故意或過失，況不論血液細菌培養前後使用強效抗生素治療，均不影響病人之死亡率，故其處置與病患嗣因敗血性休克死亡，亦不具相當因果關係；另原告主張喪葬費用並無單據為憑，且包括毛巾、拜藥懺、紙紮、紅包、訃文郵資及代書費等項目及撫養費部分，應予扣除，原告請求慰撫金亦嫌過高；(三)被告庚○○部分：伊於 95 年 6 月 9 日凌晨 0 時 30 分首次接獲護理人員通知，經檢查結果，認為係術後常見脫水狀況，加上血壓偏低，兩側呼

吸音正常，生命徵象穩定，乃給予輸液及氧氣面罩供養治療，當日上午 6 時 30 分許，親自為病患抽取動脈血液，繼而給予氣管內管差管，並由右鎖骨下靜脈置入中央靜脈導管，經藥物急救、體外按摩均未見改善，急救過程並無疏失；(四)被告○○醫院部分：所屬醫療人員執行職務均無疏失，已善盡注意義務，各等語置辯。併均聲明：(一)原告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免假執行。

三、兩造不爭執之事實：

(一)原告為病患己○○之父母，病患己○○於 95 年 6 月 5 日下午 1 時 50 分因右足傷口 3 天未癒合且有發燒症狀，至被告○○醫院急診室，由被告甲○○診治，於下午 2 時 10 分安排病患進行血液檢查、細菌培養等生化檢驗，繼而給予 Prostaphyllin 藥物治療，嗣於下午 2 時 50 分通知整形外科醫師即被告乙○○會診，建議住院，迨同日下午 4 時離開急診室住院，被告乙○○為主治醫師。

(二)病患住院後，被告乙○○給予病患 U-Save 1gm 治療。

(三)被告乙○○於 95 年 6 月 7 日下午 4 時 15 分至 4 時 50 分為病患施行足部筋膜切開手術。

(四)95 年 6 月 8 日下午 1 時 43 分病患細菌培養結果完成，培養結果為 MRSA。

(五)病患於 95 年 6 月 8 日晚間 8 時 30 分向護理人員反應不舒服，出現呼吸

喘、血壓驟降至 99/50mmHg、心跳每分鐘 125 次。

(六)病患於 95 年 6 月 9 日凌晨 0 時 30 分向護理人員表示身體不適，經值班

醫師即被告庚○○給予氧氣面罩供氧治療。

(七)95 年 6 月 9 日上午 6 時 30 分，病患血壓僅有 100/60mmHg，護士壬○○

召喚被告庚○○診治，並為病患抽取動脈血液。

(八)95 年 6 月 9 日上午 7 時 30 分病患喪失意識，發生休克，血壓僅有

90/33mmHg,經被告庚○○到場急救，給予氣管內管插管，並經右鎖骨下靜

脈至入中央靜脈導管，前 10 分鐘周邊血壓偵測顯示周邊血氧飽和度有改

善，旋病患血壓迅速下降，經藥物急救、體外按摩，未見改善，延至同日

上午 10 時 10 分不治死亡。以上事實，為兩造所不爭執（本院卷(二)第

135 頁正、反面），且有戶口名簿、急診病歷、手術紀錄、死亡證明書、

急診醫囑單、急診護理評估表、住院病歷、單一劑量醫囑單、住院病程紀

錄、出院病歷摘要可稽（見北調卷第 19 至 21 頁、第 30 頁、第 31 至 35

頁、第 36、37、69、70 頁、本院卷(一)第 33、36 頁、第 40 至 42 頁、

第 49 至 50 頁、第 68 至 69 頁、第 70 頁反面、第 71 至 73 頁、第 113 至

119 頁），復有病歷影本（外放）為證，應堪信為真正。

四、原告主張：病患己○○於上開時地因右足傷口未癒合至被告○○醫院治療，由

被告甲○○、乙○○、庚○○分別擔任急診、主治及值班醫師，竟有誤診、輕忽

病症處置不當、未善盡術前告知義務、未及時改用投藥、值班時未親自診治病患，遲誤急救等疏失，致病患己○○因敗血性休克死亡，爰依侵權行為、債務不履行法律關係請求損害賠償；惟為被告所否認，各以上揭情詞置辯。則本件爭點厥為：(一)被告甲○○於急診室處置過程有無疏失？(二)被告乙○○手術前有無善盡告知義務？若無，應否負損害賠償責任？(三)被告乙○○診療過程有無疏失？是否致生損害之結果？(四)被告庚○○有無疏失？(五)損害賠償額若干？

五、法院之判斷：

(一)被告甲○○於急診室處置過程有無疏失？

1.查：病患己○○至被告○○醫院急診，由被告甲○○負責診治，經理學檢查發現手足多處有痛風石，右足背第一腳遮骨遠端關節膿瘍、紅腫潰爛，經抽血檢查結果，白血球數值為 39350/uL，心跳每分鐘 100 次，有白血球偏高、發炎指數上升，腎功能較差、血紅素下降等症狀，經初步判斷罹患嚴重型風窩性組織炎及潰瘍，旋會診整形外科醫師即被告乙○○，並建議住院等情，有上開急診醫囑單、急診護理評估表、急診病歷及血液檢驗報告可參（見北調卷第 20 至 22 頁、第 69 至 70 頁、本院卷(一)第 43 至 46 頁、第 52 頁），被告甲○○若非慎重，豈會建議病患住院治療，原告指被告甲○○輕忽病症與急迫治療必要性云云，顯屬無稽；且依急診醫囑單所示，被告甲○○於急診時採集病患己○○檢體進行革蘭氏染色檢查，並作傷口膿液之細菌培

養(見北調卷第69頁)，原告復指：被告甲○○未作革蘭氏染色檢查云云，核與事實不符，亦無足採。

2. 據被告甲○○辯稱：伊檢查發現病患發炎指數異常升高，初步判斷為革蘭氏陽性菌感染，直接給予 Prostaphlin (含有 Oxacillin 成分) 抗生素用藥，且有急診醫囑單可參(見北調卷第69頁)，復為原告所不爭執，應信為真。依財團法人長庚紀念醫院(林口)分院(下稱長庚醫院)97年11月18日(九七)長庚院法字第0719號函送鑑定報告記載：「急診所使用 Oxacillin 抗菌範圍涵蓋部分的革蘭氏陽性菌，尤其是皮膚傷口感染常見的金黃色葡萄球菌。但有一小部分的金黃色葡萄球菌對 Oxacillin 已經有抗藥性，就是所謂的 MRSA」、「臺灣地區醫療院所對於社區型足部開放性傷口之第一線首選抗生素為 Oxacillin 或第一代的 cephalosporin」(如被告○○醫院所用之 U-Save-A，見本院卷(二)第88至89頁)，除非有細菌培養佐證，否則無從由臨床表徵判斷病患是否為 MRSA 感染，而被告甲○○已於急診期間囑咐採集病患檢體細菌送交位於○○醫院檢驗中心培養，並於同年6月8日下午1時43分始將檢驗報告由○○院區傳輸被告○○醫院□□院區，此有○○醫院檢驗報告佐憑(見本院卷(二)第125頁)，復經被告○○醫院陳述綦詳(見本院卷(二)第139頁)，是病患已○○於急診停留期間，被告甲○○所為處置合乎當今急診醫療水準，亦完成整形外科之照會，由外科接受後續治療，難謂有何疏失或債務不履行可言。

3.至被告甲○○縱未會診感染科專科醫師，惟其已就病患之感染問題進行處

理，並完成整形外科醫師即被告乙○○之照會，由整形外科負責病患住院後續治療，該當處置合乎當時急診醫療水準，業如前述，尚不得以其未通知感染科醫師會診，遽謂其有何義務違反之疏失。又原告既不爭執病患己○○係罹患壞死性筋膜炎，此屬於嚴重型蜂窩性組織炎，差異僅在於細菌侵犯程度已達肌肉筋膜，依急診當時現場狀況，若未對病患進行手術探查、清創，引流，主治醫師難以察覺細菌侵犯病患身體之程度，原告主張被告甲○○誤診云云，容有未洽。長庚醫院上開鑑定報告亦同斯旨，認為急診措施符合醫療常規（見本院卷(二)第 83 至 89 頁），故原告主張被告甲○○急診處置有疏失云云，即無可取。

(二)被告乙○○手術前有无善盡告知義務？若無，應否負損害賠償責任？

1.查：被告乙○○於接手治療後，將患部切開引流、換藥，診斷為壞死性筋膜炎，旋擬定治療計畫，給予點滴注射與靜脈投予抗生素、換藥，俟腫脹消退及患部壞死範圍確定後，於 95 年 6 月 7 日下午 4 時 15 分至 4 時 50 分為病患施行足部筋膜切開手術，清除堆積膿瘍及壞死組織等情，有住院病歷、手術紀錄可參（見本院卷(一)第 33 至 40 頁），上開住院病歷、手術紀錄既係被告及相關醫護人員從事日常業務反覆製作之文書，原告復未舉證有何不可信之情形，應信為真。

2.被告乙○○辯稱：於手術前已善盡告知義務乙情，業據提出病患簽署之手術同意書、麻醉說明書、同意書、麻醉前評估表為證（見北調卷第 29 頁、第 76 至 79 頁），手術同意書記載：「醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊」、「醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險」，足徵被告乙○○所辯，尚非無稽；原告雖主張：手術同意書上並非病患之簽名云云，惟施行系爭手術前，病患及原告戊○○尚簽署麻醉前評估表，病患並在麻醉同意書、麻醉說明書上簽字確認，而手術前後護理交班紀錄亦記載護士癸○○於 95 年 6 月 6 日下午 3 時協助完成手術志願書、麻醉志願書（見北調卷第 75 頁），參諸證人即護理師辛○○亦證稱：「被告乙○○有向病患己○○說明病情，解釋治療方針，病患有同意」（見本院卷(一)第 148 至 150 頁）、證人即麻醉醫師丙○○則證述：「我對每個病人都會進行麻醉前訪談，己○○也有在麻醉同意書及麻醉說明書上簽名」（見本院卷(一)第 155 至 156 頁），益見病患確有事先同意被告乙○○施行系爭手術至明；又對於壞死性筋膜炎或化膿性傷口感染進行清創手術為必要之處置，可降低敗血症之嚴重度，倘不進行清創手術，僅投予抗生素，該病灶極可能無法治癒，甚至惡化，此有長庚醫院上開鑑定報告可參，且術後病患於 95 年 6 月 8 日下午 4 時主訴：「疼痛比住院前不痛（改善 2-3 成）」，亦記載「症狀大大改善右足中度腫脹，蜂窩組織炎也變小，較不疼痛，有病歷可稽」（見本院卷(一)第 34 頁

反面、第 37 頁反面)，足見施行系爭手術對病患確有助益，是原告主張被告乙○○未善盡說明義務致生損害云云，即無憑據，要無可採。

(三)被告乙○○診療過程有無疏失？是否致生損害之結果？

1.原告主張：被告乙○○未對病患進行抽血等檢查，擅自實施清創手術，復未會診感染科醫師及時控制治療，致病患病情加重，終至死亡云云（見本院卷(二)第 105 頁反面），惟為被告乙○○所否認。經查：被告乙○○於術前對病患進行右腳 X 光檢查、傷口換藥及會診骨科醫師，相關之抽血、採樣或其他檢驗早於急診時即已由被告甲○○實施，被告乙○○接手治療，距離手術開刀時間不過 2 天，只需確認檢驗結果，應無重複實施檢查必要，而壞死性筋膜炎為皮膚、深層軟組織及筋膜之感染，被告乙○○既已善盡說明義務，病患及家屬基此醫師說明義務，本於自主決定而為誠摯之同意，自當阻卻違法，尚難謂被告乙○○擅自獨斷為病患實施清創手術，而有何不法或可歸責事由存在；況依長庚醫院上開鑑定報告所載，對於壞死性筋膜炎清創引流亦為必要之處置，可降低敗血症之嚴重度，倘不進行清創手術，僅投予抗生素，該病灶極可能無法治癒，甚至惡化（見本院卷(二)第 87 頁），是原告執此率謂被告乙○○有醫療疏失云云，不足採信。至被告乙○○縱未會診傳染科醫師屬實，惟其已就病患感染部分施以治療，就該部分治療並未逾越整形外科專業範疇，即無課以被告乙○○會診感染科之義務。

2.原告復主張：被告乙○○未就病患感染 MRSA 細菌給予適當抗生素，致病情

加重等情，被告乙○○固辯稱：並未接獲院方告知病患細菌培養報告結果。

惟查：被告乙○○係整形外科專科醫師，應當知悉敗血症為感染所引起之全身性發炎反應症候群，因血液中有細菌或細菌產生之毒素，需經血液或患部細菌培養方得證實（見本院卷(一)第 8 頁反面至第 9 頁），而病患亦於急診時由主治醫師甲○○囑咐採集細菌培養，因細菌培養結果非可即時知悉，被告乙○○接手治療後，負有持續追蹤病患血液或患部細菌培養結果及根據細菌培養結果施以適當療效抗生素之照護義務，此觀被告乙○○於術前 95 年 6 月 6 日下午 3 時 50 分醫囑「根據細菌培養結果會診感染科」，及術後 95 年 6 月 8 日下午 4 時巡房時「追蹤急診血液培養結果」之醫囑即明（見本院卷(一)第 33 頁反面、第 34 頁反面、第 37、38 頁）。又被告甲○○於急診期間囑咐採集病患檢體細菌送交位於○○醫院檢驗中心培養結果係 MRSA 菌種，已於同年 6 月 8 日下午 1 時 43 分傳輸被告○○醫院□□院區，業如前述，被告乙○○於當日下午 4 時巡房時應可知悉上開細菌培養報告，並依細菌培養報告結果改用適當療效之抗生素，縱因被告○○醫院□□院區通知臨床醫師之機制，致被告乙○○未能於當時確認病患 MRSA 感染，改變抗生素之使用，給予適當輸液治療，甚至使用呼吸與升壓強心劑，就被告乙○○而言，其既為病患之主治醫師，依其醫學知識經驗，當可預見病患若有敗血症之 MRSA 感染，所使用之抗生素（包括 Prostaphlin 及

U-Save-A) 效果不彰，應改變抗生素之使用並採取對 MRSA 感染之醫療措施，客觀上本有迴避上開不利病患惡害結果之可能，雖以醫囑指示追蹤急診血液培養結果，卻僅消極等待護理人員將細菌培養結果黏貼於病歷上，未積極向檢驗單位持續追蹤、確認病患感染菌種，違反照護病患之義務，未能改變抗生素用藥，終至病患病情惡化，不治死亡；長庚醫院上開鑑定報告亦認：「重點在於依細菌培養報告改變抗生素之使用，給予適當輸液治療，甚至使用呼吸器與升壓強心劑。另細菌室知道病患為 MRSA 感染時有無通知主治醫師之機制，亦影響其治療時效」，「對於已有敗血症之 MRSA 感染，該院所使用之抗生素（包括 Prostaphlin 及 U-Save-A）效果不彰，主治醫師未於 95 年 6 月 9 日上午改用 Vancomycin 或其他相同功效之抗生素，此時所使用之抗生素 U-Save-A（Cephadrine）對於 MRSA 學理上治療效果差」等詞（見本院卷(二)第 85 頁），益見其有醫療過失至明。是被告乙○○辯稱：其不知細菌培養結果，並無過失云云，委無可採。

3. 又依長庚醫院上開鑑定報告所載，壞死性筋膜炎為皮膚、深層軟組織及筋膜之感染，幾乎都會發生敗血症，因發生敗血症而休克死亡的機率根據不同的統計報告約介於 10-34 %。若有以下狀況者，死亡率將倍增，包括：白血球數目大於 30000/uL、血清 Cr 大於 2.0mg/dL、梭狀芽孢桿菌感染、住院時有心臟疾病。本件病患死亡原因主要為疾病嚴重所致，包括壞死性筋膜炎合併白血球數目大於 3 萬個、Cr 大於 2.0mg/dL，死亡率本來就很高，

當然未及時使用適當之抗生素將加重其病情（見本院卷(二)第 87 頁），是病患罹患壞死性筋膜炎併發敗血症而休克之死亡率雖屬偏高，尚難謂病患經適當抗生素治療，並無生存機會，尤其未適時使用適當之抗生素將加重病情，則被告乙○○違反照護病患義務，怠於持續追蹤病患血液或患部細菌培養結果及根據細菌培養結果施以適當療效抗生素之消極不作為，與病患因敗血症休克不治之惡害結果，自有相當因果關係。是被告乙○○辯稱：不論是否在細菌培養前後使用強效抗生素治療，均不影響病人之死亡率云云，亦無足取。

(四)被告庚○○有無疏失？

- 1.查：病患己○○於 95 年 6 月 8 日晚間 8 時 30 分向護理人員表示不舒服，護理紀錄顯示病患有呼吸喘、血壓降至 99/50mm Hg、心跳每分鐘 125 次等徵狀，有護理紀錄單足稽（見北調卷第 33 頁），固有可能為敗血性休克之前兆，惟依護理紀錄記載醫護人員有給予氧氣治療並囑咐護理人員繼續監控生命跡象（見北調卷第 33 頁），原告指被告醫院護理人員未進行處置云云，要無足採；又病患於翌（9）日凌晨 0 時 30 分臉色及手腳蒼白、冒冷汗、呼吸喘等症狀，可能有敗血症及組織灌流不足之現象，被告庚○○給予病患大量生理食鹽水快速輸液治療，檢測血糖以排除低血糖之可能性，並將床頭搖平以增加腦部血流量，持續監控生命跡象，視病患呼吸狀況，必要時增加氧氣濃度（將氧氣鼻管改為氧氣面罩），嗣於凌晨 4 時病患血

壓回升至 110/ 60mmHg ，呼吸偏快 28/分，護理人員預備為病患抽血檢驗完全血球計數及進行生化、電解值分析，迨同日上午 6 時 30 分，病患呼吸喘 30/ 分，心跳過快，被告庚○○持續給予原氧氣及輸液治療，並為病患抽血檢驗完全血球計數及進行生化、電解質分析等情，亦有護理紀錄及庚○○製作之病歷可參（見北調卷第 33 至 35 頁、本院卷(一)第 68 至 69 頁、第 92 至 93 頁），是原告主張：被告庚○○當時應給予病患升壓劑、疏未注意有無敗血性休克危險及鉀離子狀況，未予及時搶救云云，尚嫌無據。

2.依長庚醫院上開鑑定報告所載，當病患於 95 年 6 月 9 日凌晨 4 時血壓下降、心跳過快，固應考慮提升氧氣治療、增加輸液，另檢測病患之動脈血以確認是否有呼吸衰竭或代謝性酸血症之現象（見本院卷(二)第 86 頁），惟依病患最終死因確認為敗血性休克引發呼吸衰竭，有死亡證明書可按（見北調卷第 36 ），本件病患經被告乙○○診斷罹患壞死性筋膜炎，為兩造所不爭執，此為皮膚、深層軟組織及筋膜之感染，幾乎都會發生敗血症，而敗血症病患經緊急輸液後仍出現低血壓及組織灌流不足現象時，即為敗血性休克，故其為疾病演變過程中的一種狀態，必須有此狀態出現方能診斷，本病患死亡原因主要為疾病嚴重所致，包括壞死性筋膜炎合併白血球數目大於 3 萬、Cr 大於 2.0mg/dL，死亡率本來就很高，未及時使用適當之抗生素將加重其病情，亦經長庚醫院上開鑑定報告函敘綦詳（見本院卷(二)第 87 頁），是本件病患致死原因，除本身體質外，係因被告乙○○未及時使

用適當之抗生素所致，業如前述，而急救當時提升氧氣治療及增加輸液、檢測病患動脈血等措施，無非係供醫師判斷病情，並不能因此延緩或治癒病患，被告庚○○之急救處置與病患之死亡結果，難謂有何相當因果關係，被告庚○○既確有至病房為病患施以急救治療，且其治療方式並未逸脫善良管理人注意義務，合於當時臨床醫療水準，原告主張被告庚○○應負醫療疏失或債務不履行責任云云，委無可取。

(五)損害賠償額若干？

按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。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。民法第 184 條第 1 項前段、第 188 條第 1 項前段分別定有明文。本件被告乙○○疏未盡善良管理人注意義務，怠於持續追蹤病患血液或患部細菌培養結果及根據細菌培養結果施以適當療效抗生素，致病患己○○終因敗血性休克不治死亡，原告為被害人己○○之父母，自應對原告所受之損害負賠償之責，又被告乙○○係被告聯合醫院之受僱人，依前揭規定，聯合醫院應與乙○○負連帶賠償責任，茲就原告請求之金額審酌如下：

1.喪葬費用部分：

原告己○○主張支出喪葬費用 50 萬 5027 元云云，除提出向金寶山事業股份有限公司購買塔位之統一發票 25 萬元及因供奉牌位而由慈光佛寺管理委員會出具之 1 萬 6000 元收據外（見北調卷第 45 至 46 頁），僅有片面製

作之喪禮支出簡表佐憑(見北調卷第 39 頁)，復為被告所否認，難信屬實，故原告己○○請求喪葬費用 26 萬 6000 元(計算式：250000+16000=266000)，應予准許，逾此範圍，不應准許。

2. 扶養利益損失部分：

原告所得請求之扶養費，應以行政院主計處年度平均每人每月消費支出統計資料作為計算扶養費用之依據，較為合理。依行政院主計處 95 年度平均每人每月消費支出表所示，台北縣之平均每人每月支出為 1 萬 9001 元(見本院卷(二)第 158 頁)，則每年消費支出為 22 萬 8012 元。查原告己○○、戊○○係己○○之父母，各為 30 年 11 月 16 日生、32 年 2 月 10 日生，有戶口名簿可稽(見北調卷第 19 頁)，其於己○○死亡時各為 65 歲、63 歲，依行政院主計處公布 2004 年男女平均餘命為 73.5 歲、79.7 歲(見北調卷第 47 頁)，各尚有餘命 8.5 年 16.7 年。按直系血親相互間，互負扶養之義務，而夫妻互負扶養之義務，其負扶養義務之順序與直系血親卑親屬同。負扶養義務者有數人，而其親等同一時，應各依其經濟能力分擔義務，民法第 1114 條第 1 款、第 1116 條之 1、第 1115 條第 3 項分別定有明文。又原告己○○、戊○○係被害人己○○之父母，彼此互負扶養義務，此外尚有子女子○○1 人(見北調卷第 19 頁)，是己○○本應負擔原告己○○、戊○○之扶養義務各為三分之一。茲以霍夫曼式扣除中間利息，復扣除己○○以外之人應負擔之扶養義務後，原告己○○得請求之扶養費為 54 萬 9622 元，計

算式： $[228012 \times 6.00000000 + 228012 \times 0.5 \times (7.00000000 - 0.00000000)]$

$\times 1/3 = 549622$ ，原告戊○○得請求之扶養費為 94 萬 149 元，計算式：

$[228012 \times 11.00000000 + 228012 \times 0.7 \times (12.00000000 - 00.00000000)] \times 1/3$

$= 940149$ （元以下均四捨五入）。

3. 醫療費用部分：

原告己○○申請死亡證明、診斷證明所支付之證明書費 210 元、75 元、516 元，合計 801 元，業經提出醫療費用收據為證（見北調卷第 42 至 44 頁），核此部分係原告己○○為主張權利所必要，應予准許；至原告己○○請求各項醫療費用、急診費用、住院健保額外支出等費用，因原告與被告○○醫院間訂有病患利益第三人之有償醫療契約，本件固因被告○○醫院受僱人乙○○之疏失，係可歸責於被告○○醫院之事由而有債務不履行情事，原告己○○得請求損害賠償，惟仍不能免為對待給付，故原告己○○支付予被告○○醫院之醫療費用，本屬於被告○○醫院依兩造間醫療契約所可取得之報酬，即非原告己○○所受損害，自不得請求賠償。

4. 慰撫金部分：

查本件被害人己○○係 58 年 5 月 24 日生，原告己○○、戊○○為被害人己○○之父母，辛勤養育己○○，卻因被告乙○○之醫療過失而於青壯之年死亡，致使原告痛失愛子，身心遭受巨大折磨，而被告乙○○為○○醫院主治醫師，待遇優厚，年收入百萬元以上計，被告○○醫院為國家行政機關，茲衡量兩造

身分、地位、資力及受害程度等情，認原告各請求慰撫金 300 萬元，尚屬過高，應各核減為 120 萬元，始稱允當。

5. 基上，原告己○○、戊○○所受損害各為 201 萬 6423 元 (計算式：

$266000+549622+801+0000000 = 0000000$) 、 214 萬 149 元 (計算式：

$940149+0000000 = 0000000$) 。

六、綜上所述，原告己○○、戊○○本於侵權行為法則，各請求被告乙○○、○○醫院連帶給付 201 萬 6423 元、214 萬 149 元，及均自起訴狀繕本送達翌日即 95 年 12 月 7 日起 (見北調卷第 54、56 頁) 至清償日止，按年息百分之五計算之利息，為有理由，應予准許。逾此範圍，即屬無據，應予駁回。本件原告勝訴部分，兩造均陳明願供擔保，分別聲請宣告假執行或免為假執行，本院經審核尚無不合，爰分別酌定相當擔保金額准許之。至原告敗訴部分，其假執行之聲請，已失所附麗，併予駁回。

七、本件原告係依債務不履行、侵權行為法律關係為單一聲明之請求，乃請求權競合，其一請求有理由，勝訴部分，其餘請求權即無庸再審酌；敗訴部分，債務不履行損害賠償範圍，其結果亦屬相同。本件為判決之基礎已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，亦與本案爭點無涉，自無逐一詳予論駁之必要，併此敘明。

八、據上論結：原告之訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第 79 條、第 85 條第 2 項、第 390 條第 2 項、第 392 條第 2 項，判決如主文。

中 華 民 國 98 年 4 月 10 日

民事第五庭 法 官 胡宏文

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

中 華 民 國 98 年 4 月 10 日

書記官 曾寶生