

判決快遞

2017 / 9 廖建瑜法官、吳志正助理教授 整理

9月

最高法院 106 年度台上字 第 2026 號民事判決要旨 【涉訟科別】消化內科



事實摘要

患者A於2005年2月14日因經診斷有腸阻塞住院由醫師B治療，19日上午值班醫師C建議插鼻胃管以利脹氣排出及灌食，同日下午實習醫師D未使用聽診器或探視行為即為患者A插入鼻胃管，患者A旋即出現呼吸急速、血壓及心跳下降，經心肺復甦術急救轉入加護病房，惟已有吸入性肺炎與缺氧性腦病變，經判定為植物人狀態。原告主張B、C醫師違反醫師法第21條及第28條規定，放任實習醫師D為侵入性醫療行為，依民法第184條第2項規定，推定為有過失。

裁判要旨

苟當事人未於言詞辯論時為聲明，而事實審法院卻對之為判決，即屬有重大違背法令之瑕疵。查患者A於2005年10月間經臺灣臺中地方法院為禁治產宣告（監護宣告），其配偶E為其法定代理人（監護人），惟E於原審僅以其身兼子女法定代理人之身分，委任律師為其等二人之訴訟代理人，未見E以患者A之法定代理人地位委任律師為訴訟代理人，雖E於原審言詞辯論期日曾到場，然似均僅報到而未為任何聲明或陳述，亦無到場不為辯論之情。果爾，倘患者A未經合法代理並為言詞辯論，原審逕行判決之訴訟程序即屬有重大違背法令。

■ 關鍵詞：訴訟代理、訴訟程序違法、腸阻塞、鼻胃管

最高法院 106 年度台上字 第 2342 號民事判決要旨 【涉訟科別】骨科



事實摘要

A於2008年11月23日因車禍受有右小腿脛腓骨粉碎性骨折，由甲醫院骨科醫師B說明與傳統不銹鋼醫材手術之不同後，於同年月24日採自費方式以鈦合金鋼板醫材施作手術，於同年月27日出院。3天後因傷口感染再住院，於同年12月5日出院，復同年月9日複診，翌日因患部異常疼痛，X光片顯示鋼板已斷裂。原告主張B醫師未採用目前治療脛骨骨折最普遍之骨髓內釘手術方式，且所採術式亦不符合官網所示，亦未以石膏穩固鋼板，請求損害賠償。

裁判要旨

查B醫師已向A及其父說明醫材及固定方式之不同，嗣經A同意採用鈦合金鋼板固定方式後，B醫師為其施行系爭手術，並於手術中在接近骨折處以傳統螺釘固定，係為增加穩定及減少應力過於集中，手術後骨折之復位及固定皆良好，且告知A術後應使用拐杖助行。其後，A患部異常疼痛及有晃動感，B醫師安排X光檢查，並打上石膏，符合醫療常規，其鋼板之斷裂與系爭手術之固定方法及位置無關，乃原審所合法確定之事實。原審因以B醫師實施醫療行為，已盡其注意義務，而為A敗訴之判決，經核於法尚無違誤。

■ 關鍵詞：手術失當、骨折、鋼板固定術

最高法院 106 年度台上字 第 1429 號民事判決要旨 【涉訟科別】醫院告患者醫藥費



事實摘要

本件甲醫院主張：第一審共同被告A於2009年間住院診療，除缺氧性腦病變外，其餘病情已治療完成，伊於2013年年底通知上訴人B辦理A出院，再以2104年10月16日民事陳報狀送達終止醫療契約，計A共積欠伊醫療費409萬餘元；另欠訴外人健保署健保自付額165萬餘元。上訴人B為A之父，簽名同意承諾給付醫療費用，其中健保自付額部

分，因健保署怠於行使，由伊代位請求等情。

發 回 意 旨

按民法第242條之代位權，代行者與被代行者之間，須具有債權債務關係之存在，且須基於私法上之債權，始得行使之；且前述代位權之行使，須債權人有保全債權之必要，亦即債務人已陷於無資力或資力不足為要件，否則即無行使代位權之可言。而保險醫事服務機構與健保署依健保法所締結之醫事服務合約，依健保法第1條第2項、第40條第1項規定及司法院釋字第533號解釋，具有行政契約之性質，則保險醫事服務機構依該合約對健保署所取得之債權，即非屬基於私法上之債權，且本件甲醫院對健保署有何私法上之債權？健保署有無陷於無資力或資力不足之情形？均有未明。

■ 關鍵詞：代位權、健保自付額

臺灣高等法院 105 年度醫上字 第 28 號民事判決要旨 【涉訟科別】神經外科



事 實 摘 要

A前往乙醫院由神經外科B醫師診治，於2012年3月底住院，經頭部核磁共振檢查顯示其腦幹及第四腦室部位有約4公分之腫瘤，乃於同年4月2日接受腦瘤血管栓塞處置，翌日B醫師為A採坐姿進行長達10小時之腦瘤切除手術，失血量約為300c.c.，術後轉入加護病房，仍處於沉睡未清醒之狀態，顱內多處栓塞，其後呈現植物人狀態。

裁 判 要 旨

依醫學文獻資料可知，以坐姿或臥姿方式施行腦腫瘤切除手術，均為現行臨床上可採行之方式，各有不同優點及風險，坐姿具有手術視野較為清晰、減少出血量、避免傷及其他腦組織等優點，故並未因有靜脈空氣栓塞之風險，而為臨床完全排除或禁用；且縱有醫師可能為避免空氣栓塞風險而採用臥姿術式，然不能據此即認採坐姿術式係違反醫療常規。病患已諮詢過其他醫院多位神經外科醫師對手術方式之意見，倘其對坐姿方式施行手術之風險評估尚有疑義，當可徵詢其他神經外科醫師之專業意見，於綜合評估考量後再決定是否施行手術，不能僅因醫師建議採行坐姿方式施行手術與其他醫師所述不同，而認醫師有未盡告知與說明義務。

■ 關鍵詞：告知義務、術式選擇、腦部腫瘤

臺灣高等法院 105 年度醫上字 第 34 號民事判決要旨 【涉訟科別】骨科



事實摘要

A於2013年4月30日由甲醫院B醫師施以腰椎椎弓切除減壓及鋼釘固定手術，術後即感覺左腳麻刺及無力，嗣A數次向醫師及護士反應並經多次檢查，始終原因不明。及至乙醫院經診斷為「左側腓神經病變」致左下肢跛行、左側垂足、腰椎手術，另丙醫院鑑定報告載「脊骨手術時若傷到第五腰椎神經，也會造成垂足等腓神經病變的臨床表現」一情，A主張系爭手術誤傷第五腰椎神經，且甲醫院之診斷與判讀能力顯有不足，其處置失當又無法確診治療，以致原告受延誤半年之久，而生系爭病變之損害。

裁判要旨

醫師對上訴人施行系爭手術行為時，符合醫療常規，應可推定其有符合理性醫師之注意義務（即醫療契約之善良管理人注意義務）。雖上訴人主張醫師於施行系爭手術時，就其左下肢擺位不當，且未採取適當減壓措施，長時間壓迫伊之左下肢之不完全給付情形云云，為醫院否認，且上訴人並未舉證以實其說，自不足認醫師對上訴人施行系爭手術有何醫療瑕疵，亦不足認醫院或其履行輔助人有違反醫療契約注意義務、未依債務本旨而為給付之情事。

■ 關鍵詞：手術失當、延誤治療、脊椎手術、理性醫師

臺灣高等法院 105 年度醫上字 第 30 號民事判決要旨 【涉訟科別】婦產科



事實摘要

A為輕度肢障者，因罹患子宮肌瘤，而於2008年9月24日至甲醫院由B醫師施行腹腔鏡全子宮切除手術，手術中以彈性繃帶纏繞雙腳並於翌日上午查房時移除，嗣A主訴雙腳腫痛經B醫師診斷為蜂窩性組織炎。但A於同年11月經神經內科感覺神經傳導及運動神經傳導檢查得知發生右側腓神經、尺神經與腓腸交感神經失養症病變。A主張B醫師術中以繃帶纏腳之方式，有違反告知說明義務及診斷錯誤延誤治療之過失。