

【裁判字號】 96,醫,27
【裁判日期】 980715
【裁判案由】 侵權行為損害賠償
【裁判全文】

臺灣臺北地方法院民事判決

96 年度醫字第 27 號

原 告 甲○○○
訴訟代理人 謝秉原律師
複代理人 丙○○
被 告 乙○○
訴訟代理人 何春源律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，本院於民國 98 年 6 月 17 日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣捌拾萬元，及自民國九十六年九月十一日起至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息。

原告其餘之訴駁回。

訴訟費用由被告負擔百分之五十三，餘由原告負擔。

本判決第一項於原告以新臺幣貳拾柒萬元為被告供擔保後，得假執行。但被告如以新臺幣捌拾萬元為原告供擔保後，得免為假執行。

原告其餘之假執行聲請駁回。

事實及理由

一、原告主張：伊配偶吳東生於民國 94 年 8 月 19 日因胃潰瘍出血前往臺北市立聯合醫院仁愛院區急診。同年 8 月 27 日曾因呼吸衰竭轉至加護中心，再於 9 月 9 日因病情改善轉至普通病房。吳東生未曾有癲癇及腦神經病變病史，然於同年 9 月 29 日早上 5、6 點開始有癲癇情況發生，同年 9 月 29 日晚上吳東生病情惡化並陷入昏迷，經家屬通知護理站聯絡被告即值班醫生乙○○，但並未予探查，直到同年 9 月 30 日早上院方始安排會診神經內科醫生林怡君，診斷為重積症癲癇，並於當日上午 10 時許緊急送加護病房照護。但吳東生腦神經已受損害，且無自由意識陷入昏迷，此後病情逐日惡化，至 95 年 1 月 24 日 11 時 18 分許因敗血症併敗血性休克及肺炎併膿胸、呼吸衰竭而死亡。吳東生陷於重度昏迷，係因其癲癇併腦病變時未能即時處置，而當時被告值班，於接獲護理站通知病人有上述症狀時，僅聽從護理人員口頭報告，並未親自視察，亦未給予安排腦電圖（EEG）檢驗，復未於第一時間診斷出吳東生有重積症癲癇，錯失 30 日凌晨 2 時至 8 時之黃金救治時間，導致吳東生產生腦病變後昏迷不醒，並死於敗血症併敗血性休克及肺炎併膿胸及呼吸衰竭，是吳東生之死亡結果與被告怠忽職守之過失行為有因果關係。爰依民法第 184 條、第 194 條規定請求被告給付慰撫金等語。並聲明：（一）被告應給付原告新臺幣（下同）150 萬元整及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率 5% 計算之利息。（二）願供擔保請准宣告假執行。

二、被告則以：當日上午 11 時許吳東生因左肢局部有抽搐現象，為局部癲癇發作，隨即有住院醫師黃庭章給予抗癲癇藥物 Valium 及 dilantin，並安排急作電腦斷層，同日 16 時施行腰脊椎穿刺以抽取腦脊髓液作檢驗，穿刺時吳東生仍能配合檢查，顯示意識尚清楚，腦脊髓液報告顯示正常，排除腦膿瘍之可能，可確定有腦瘤，僅無法判定屬良性或惡性。腦電圖雖為判斷重積症癲癇重要診斷工具之一，但非唯一工具，被告在 94 年 9 月 29 日白天已經為病患做過電腦斷層檢查，顯示有腦瘤存在，判斷可能係因腦瘤而引發抽搐症狀。病患雖有間斷性抽搐，但無到達重複發作，發作時間亦未超過 30 分鐘以上，且生命徵象穩定，兩次發作之間仍有意識，並無重複癲癇之情形，直至同年 9 月 30 日上午 9 時才有密集發作，此時 急會神經內科林豐正及林怡君醫師，均建議給予抗癲癇藥物 Valium、dilantin、Midazolam (Dormicum) 及 depakine 並安排轉入加護病房，吳東生於 30 日 10 時 40 分許轉入加護病房，轉入後仍有持續發作之情形，故給氣管插管並持續給予抗癲癇藥物，癲癇因此獲得控制，此過程均按照醫院標準處理程序為之。吳東生於 94 年 9 月 29 日晚間發作時，被告正緊急處理另一病患杜慶恩直至 94 年 9 月 30 日凌晨 2 時許，之後未再接獲護士通知，即表示吳東生病情已獲得控制。吳東生嗣於 95 年 1 月 24 日死亡，原因為敗血性休克、肺炎併肺膿瘍及呼吸衰竭、慢性腎衰竭、糖尿病、腦腫瘤、上消化道出血等，距 94 年 9 月 29 日及 30 日癲癇發作時間已有三月餘，其死因與癲癇發作無直接或間接之關係。被告在 94 年 9 月 30 日凌晨急救其他患者而無法前往探視吳東生，產生義務衝突，尚有指示護理人員給藥與睡冰枕，被告值班照護病人有一百多位，實無可能於半夜逐一訪視，因此須仰賴護士通報病情，被告並無過失等語，資為抗辯。並聲明：(一)原告之訴駁回。

(二)願供擔保請准免為假執行。

三、兩造不爭執事項：

(一)、吳東生於 94 年 8 月 19 日因嘔吐合併有深咖啡色物質兩週之久，至臺北市立聯合醫院仁愛院區急診室就診，經上消化道內視鏡檢查，發現有食道潰瘍合併出血，故入院做進一步治療。同年 8 月 27 日因吸入性肺炎合併呼吸衰竭轉至加護中心，於同年 9 月 9 日病情改善轉至一般病房繼續治療。

(二)、吳東生於 94 年 9 月 29 日上午 11 時許主訴左手有抽搐的情形，經住院醫師黃庭章給予 Valium、Dilantin 3amp、N/S 100cc 滴注 30 分鐘，並且 Dilantin 0.5amp Q12H；12 時抽搐已改善；16 時因腦腫瘤或疑似感染，接受腰椎穿刺檢查；20 時病人發燒體溫 37.8 度，告知值班住院醫師乙○○，建議使用冰枕；23 時病人手臉抽搐，值班護士告知乙○○醫師；9 月 30 日 01：00 病人仍經常持續抽搐中合併發燒 38 度，亦通知值班醫師乙○○，囑使用冰枕即可，直至 07：00 乙○○醫師視診予抽血，血液培養兩套；09：00 仍全身抽搐，會診神經內科醫師林怡君，林豐正醫師診斷為重積症癲癇，建議轉加護病房；10：00 仍持續抽搐；10：40 轉床；11：00 仍持續抽搐，有護理紀錄單內容在卷可按（見本院仁愛病歷(二)卷）。

(三)、吳東生於 95 年 1 月 24 日死亡，死亡診斷證明書記載之直接死因為敗血症合併敗血性休克。死因相關的其他診斷：肺炎合併膿胸及呼吸衰竭、慢性腎衰竭、糖尿病、腸阻塞、癲癇合併腦病變、疑似腦腫瘤、上消化道出血、貧血、褥瘡，有死亡證明書在卷可參（見本院北調字卷第 8 頁）。

(四)、本件醫事糾紛經原告對被告提出業務過失致死之告訴，經臺灣臺北地方法院檢察署檢察官為不起訴處分（95 年度偵字第 9923 號）後聲請再議，經臺灣高等法院檢察署發回續行偵查

終結，檢察官認為仍應該不起訴處分，有 96 年度偵續字第 773 號不起訴處分書內容在卷可參（見本院卷第 33-37 頁）。

(五)、本件經臺灣臺北地方法院檢察署送行政院衛生署醫事審議委員會鑑定，有 97 年 9 月 19 日衛署醫字第 0970041853 號書函及編號第 0000000 號鑑定書在卷（見本院卷第 44-50 頁）。

四、兩造爭執之要點：

(一)、吳東生於 94 年 9 月 29 日 23 時 10 分許起陸續發生癲癇至 9 月 30 日 9 時許會診神經內科醫師為止，此段期間被告之處置行為是否有失當？

(二)、如被告有過失，則吳東生死亡結果與其過失行為間是否具備因果關係？

(三)、被告如構成侵權行為，原告得請求之金額若干？

茲就兩造爭點及本院得心證之理由分述如下：

(一)、吳東生於 94 年 9 月 29 日 23 時 10 分許起陸續發生癲癇至 9 月 30 日 9 時許會診神經內科醫師為止，此段期間被告之處置行為是否有失當？

1、按醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療法第 60 條第 1 項、第 82 條 1 項分別定有明文。查吳東生有糖尿病、陳舊性腦中風、高血脂及消化性潰瘍病史，於 94 年 8 月 19 日因嘔吐合併有深咖啡色物質，至醫院急診室就診，診斷為胃腸道出血、第二型糖尿病，陳舊性腦梗塞眩暈及睡眠障礙，急診室之血糖高達 339mg/dl，當日因有嘔吐鮮血，於急診室接受上消化道內視鏡檢查，發現有食道潰瘍合併出血，故入院做進一步治療。8 月 27 日因吸入性肺炎合併呼吸衰竭轉至加護中心，於 9 月 9 日病情改善才轉至一般病房繼續治療，此有醫院病歷資料在卷可按。依前述說明，該病患可能之問題分別為：❶肺炎所致感染造成發燒。❷腦腫瘤造成癲癇。❸血糖過高，前述三項不管是哪一項不處理，都會造成病患永久的損傷甚至死亡。一般而言，醫療處理可分為診斷用跟治療用，但依被告值班時（一般是下午五點到隔天早上七點）之護理紀錄單內容記載：「20：00 病人發燒體溫 37.8 度，告知值班住院醫師乙○○，建議使用冰枕；23：00 病人手臉抽搐，值班護士告知乙○○醫師；9 月 30 日 01：00 病人仍經常持續抽搐中合併發燒 38 度，亦通知值班醫師乙○○，囑使用冰枕即可；07：00 乙○○醫師視診予抽血，血液培養兩套……」等文字，被告於值班對吳東生所做的處置中，只有抽血跟血液培養是為了診斷感染病原，睡冰枕對感染所致發燒而言並無任何實質上的治療效果。復根據整份病歷中，當日值班醫師乙○○之病程紀錄只有一次，其病程紀錄如下：實驗室檢查腦脊髓液白血球 17×11/9cumm，格蘭氏染色、印地安墨汁染色、嗜酸性染色皆為陰性，感染疾病比較不像，考慮為腦腫瘤，處置為明早安排腦磁振造影等語（見本院卷第 137 頁內容）。除此次紀錄外，並無其他書寫之病程紀錄，而依前述被告醫師值班紀錄，其對病患癲癇之處理為安排腦磁振造影，但是該醫療方式亦為診斷病因用，對癲癇治療並無助益，亦即被告應知悉病患有前述三個問題，但其只針對第一及第二個問題做了診斷上的處置，對於臨床上應有之治療問題卻未予置理。

2、癲癇重積狀態（status epilepticus）是神經內科中需要緊急處理的問題之一，若沒有及時的診斷及適當的治療，往往會造成病人中樞神經系統的嚴重損傷。癲癇重積發作時，一般的常規治療，首要目標就是儘快使其穩定下來，終止其抽搐症狀，以免造成腦部功能損傷。首要的步驟是維持病患的生命無虞，呼吸道應維持暢通，檢測呼吸及脈搏的有無，必要時給予適當

的急救處理。一般處置作法如下，首先是保持呼吸道暢通，再者給予病人氧氣，食鹽水點滴注射，並抽血作一般生化檢驗，尤其是肝、腎功能、藥物濃度、血糖、鈉、鉀、鈣、鎂及磷酸離子等電解質之測定，動脈氣體分析也可提供多項資料，幫助病情判別。處置過程中，應隨時注意各項生命現象是否穩定，如體溫、呼吸次數及血壓等。6-10 分鐘時：給予靜脈 50ml 之 50% 葡萄糖液，並給予 100-200mg 之維生素 B1，除非已知血糖正常；靜脈注射 Lorazepam(Anxi cam) 2-4mg，速度也不可超過每分鐘 2mg；如果仍癲癇發作持續五分鐘可重複注射一次。10-20 分鐘時：監測心電圖、呼吸和血壓，Phenytoin (Dilantin, DPH) 每公斤體重 20-25mg 給予初始 loading 劑量，速度也不可超過每分鐘 50mg。（參見本院卷第 49 頁鑑定書）。惟依護理記錄單內容所載：「9/29：23：00 手臉抽搐、Duty 乙○○知，23：30 喘、Duty 乙○○知，9/30：01：00 抽搐、仍經常全身抽搐中、Duty 乙○○知、BT：38xDr 乙○○知、囑冰枕使用即可，07：00 通知乙○○檢視中……」等語觀之，足見被告醫師於吳東生癲癇發作過程，既無任何積極作為使病患癲癇情形停下來，也未到場判斷病患的生命徵象及檢查昏迷指數，實有違一般醫療常規，前述鑑定書亦為相同之意見表示。

3、被告雖以其值班時，尚對其他病人需急救，以致完全無法分身照顧處理吳東生之症狀，有義務衝突之情形云云置辯；惟依被告自行提出其謂需急救之病患杜慶恩的病程紀錄資料，杜慶恩於 94 年 9 月 29 日晚上 11 點 50 分許雖有心跳過快等情，但是被告當時處置為密切觀察。控制輸入及輸出(原文為 9/27 pm11：50, A/P：①r/o sinus tachycardia=> keep OBS；=>Control I/O)，到同年 9 月 30 日 1 時 30 分時之紀錄內容才因為該病患無法測量血壓，經診斷為敗血性休克，醫囑為檢查紅血球、白血球、血小板計數以及白血球分類比，給予低分子聚糖，另有低血量性休克，此部分醫囑為準備濃縮紅血球，以及發出病危通知等情(原文為 9/30am1：30，A/P：①r/o Septic shock => check CBC/DC、Low molecular dextran challenge use 500cc。②r/o hypovolemic shock=> 備 PRBC 4U。③On critical =>call security to sign,見本院卷第 132 頁)，由前述內容可知，被告處理杜慶恩之危急狀況不應早於 94 年 9 月 29 日晚上 11 點 50 分，至遲於同月 30 日 1 時 30 分左右即應結束，因 1 時 46 分後之病歷記載僅有檢驗紀錄資料而已，故對照上述護理紀錄所示吳東生癲癇發作時間，被告醫師於吳東生於 94 年 9 月 29 日 11 時癲癇發作時，並無任何義務衝突之情形，其未到場處理病患之癲癇情況，已顯有不當，蓋因病患癲癇發作時間愈久，造成腦部後遺症之可能也愈大。又吳東生於 9 月 30 日 1 時許仍經常持續抽搐中合併發燒 38 度，而病人陸續發生手部抽搐及發燒等現象，是癲癇重積症，此應為被告所明知，當其接獲通報時，縱使被告當時因需急救另名病患，但仍應指示護士為必需之措施，盡量使病患的癲癇停下來，多半用 Dilantin 或 Valium 泡 NS 為病患注射，同時密切監視病患的生命徵象，其不僅可使腦損傷之程度縮小，亦有助於接下來的醫療處理，但是在前述護理紀錄中，並未見到被告醫師所下的任何醫囑有助於減緩病患癲癇發作，或請護士所做的意識評估分數。退步言之，被告稱於急救其他病患後，穿梭來回

病房和護理站約至 30 日凌晨 2 時左右，卻仍未親自到場評估吳東生的生命徵象及檢查昏迷指數，僅以不曾接獲護士或看護或家屬通知病人抽搐未停止，或意識狀態異常的通報，因此逕自認定無重積症癲癇的疑似症狀而無庸到場為卸責之詞，所辯顯不可採。

4、又被告辯稱：吳東生於 94 年 9 月 29 日上午 11 時即主訴當日早上左手有抽搐的情形，住院醫師黃庭章已給予 Valium、Dilantin，無庸再為其他給藥處理，至於護士也會定時訪視

病人作意識評估云云；惟值班醫師的責任在於判斷及解決目前病患可能面臨的生命危險，至於病患於白天做的診斷及給的藥是否足量，那是另一個問題，若吳東生有癲癇重積，不管白天做了什麼處理，值班醫師都應想辦法把癲癇發作之情形控制下來，如果白天的藥劑並未使吳東生癲癇之發作緩解，則應考慮使用第二或第三線藥物作進一步的治療，或與值班總醫師跟當科主治醫師請教，此參見林怡君醫師於97年1月29日在臺灣臺北地方法院檢察署所為證述內容：「（問：如果病患半夜發作重積症癲癇的情形，依據醫院流程應如何處理？）會先打Valium、Anzepam等針劑，如果還是壓制不住，就會打Dilantin等藥物，如果持續無法控制，就會要進入插管跟加Dormicum這種藥物控制。」、「（問：是否知道吳東生在之後癲癇發作之情況？）在插管跟施打Dormicum後，吳東生癲癇的情況就停下了。」等語即可自明（見本院卷第98-99頁），但被告醫師卻捨此徑而不由，置病患癲癇之情況而未積極處理。再被告值班範圍雖有一百多位病人，固然需仰賴護士通報病人情況，但醫生於接獲數次護士通報後，仍應親自到場檢視病患，不能以嗣後未再接獲關於病患之通報而卸責，蓋病人情狀及處置應由醫生診治而非護士，不能僅謂護士可以清楚判斷病患情況而卸責，且被告於94年9月29日11時50分之前與30日1時30分之後，並無不能查看之情狀，係屬能處理而不處理。故被告於此醫療業務之實行並非能謂有善盡醫療照顧之必要注意義務，被告之判斷與處置應為有過失。

(二)、如被告有過失，則吳東生死亡結果與其過失行為間是否具備因果關係？

1、次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；因此原告主張因被告之侵權行為而受有損害者，應舉證證明被告之義務違反與損害之間，有相當因果關係。惟民事訴訟法第277條但書亦規定，依其情形顯失公平者，不在此限。惟在醫療事故因果關係之認定，因被告具有豐富之醫學專業知識，而原告則完全欠缺該等知識，故兩造於訴訟上之攻擊防禦地位明顯不平等，且醫院中所使用之設備及人員配置，均為其等所能掌握，而為原告所不能控制，因此本院認為應適用民事訴訟法第277條但書規定，減輕原告之舉證責任，此外被告本於其專業知識，應得以輕易舉出相反事證以動搖本院之心證，因此原告舉證責任之減輕，對被告而言，應無不公平可言。

2、經查：(1)吳東生於94年8月19日因胃潰瘍出血至臺北市立聯合醫院仁愛院區求診，病人於往後住院期間併發肺炎合併膿胸、糖尿病合併腎衰竭、尿毒症接受洗腎治療，並有褥瘡合併傷口癒合不良，長期接受診治，於95年1月24日死亡。死亡診斷之直接死因為敗血症合併敗血性休克，死因相關的其他診斷為肺炎合併膿胸及呼吸衰竭、慢性腎衰竭、糖尿病、腸阻塞、癲癇合併腦病變、疑似腦腫瘤、上消化道出血、貧血、褥瘡，有死亡診斷證明書在卷可參。吳東生雖因敗血症合併敗血性休克為主要死因，但由整個醫療過程中觀察，依據住院期間共三次電腦斷層之光碟影像，右側橋腦雖有約2.5公分低密度腫瘤，一系列電腦斷層檢查顯示病灶並未擴大反而呈現出變小，配合病人臨床症狀小便解不出，吞嚥困難，頭暈目眩等之症狀，診斷其應為腦幹梗塞，比較不像惡性腫瘤，有前揭鑑定書之內容可參，再其於94年8月27日因吸

入性肺炎合併呼吸衰竭轉至加護中心，但已於 9 月 9 日病情改善轉至一般病房繼續治療，所以吳東生入院時並非即有任何重大不治或難治之症，非謂病患縱經適當治療，蓋無存活之希望。(2)而癲癇重積症病患需為緊急之評估與治療，若不處理會造成永久性的損傷，已如前述，換言之，若能給予適時治療應能避免損害之擴大，該損傷應是屬於可修補的，因此適當的處置極為重要，惟吳東生住院診療期間癲癇發作，而被告於 94 年 9 月 29 日晚間至 30 日上午值班時並無積極處理，吳東生直至 94 年 9 月 30 日上午 9 時仍有全身抽搐之情形，亦有護理紀錄在卷可按，經會診神經內科醫師林怡君，依林醫師會診紀錄內容：「病人有全身性抽搐一天，給過 Valium、Dilantin，會診原因癲癇重積症，神經學檢查，昏迷指數 7 分 (E2V1M4) 眼球偏左看有震顫，右側肢體陣發性痙攣，左側肢體僵直性步態，腦部斷層檢查顯示右側小腦橋腦腳低密度病灶，原因不明，診斷為癲癇重積症，建議藥物治療，轉至加護病房呼吸照護監測和癲癇控制，矯正系統疾病，如果癲癇控制安排腦部磁振造影。」並參見林怡君於前揭期日在臺北地方法院檢察署之證述內容：「我記得我是在吳東生還沒有住進加護病房的當天早上去會診，當時是他的住院醫師請我去會診，說病人在抽搐，我到病房後看到吳東生的確是在持續抽搐的狀態，我看到的是全身都在抽搐，基本上從我到、直到我離開、他都是在抽搐的，我判斷這應該是重積症癲癇，所以我建議要插管、維持呼吸道暢通，並轉入加護病房，並用 Dormicum 持續滴注治療，那是一種抑制癲癇發作的藥物。」等語，可知吳東生係已全身性抽搐一天，且症狀並未因原來之藥物有任何緩解之情，如此顯明之症狀，不能謂護士未查或未向被告通報而認為即無癲癇重積症之情狀發生，吳東生轉入加護病房後，病情確實急轉直下，惟吳東生就醫之目的無非希望得到合理且妥適治療，且不應前述醫療行為而發生不可挽回之後遺症，而被告之醫療行為明顯未達成該目的，其延誤治療的時間且未為適當之治療，這與吳東生癲癇重積症情況日欲嚴重而影響意識，轉至加護病房需靠呼吸器照護不無相關，吳東生此後於加護病房期間長期臥床，確實有較高之風險發展成為敗血病患，日後併發肺炎合併膿胸、糖尿病合併腎衰竭、尿毒症接受洗腎治療，並有褥瘡合併傷口癒合不良，並非毫無關連。(3)故吳東生本身雖已有諸多慢性疾病，並於住院期間衍生諸多的併發症，但並非因此而得中斷被告過失醫療行為對吳東生造成死亡之因果關係，被告已侵害吳東生之生命權，因此應認為原告之損害，與被告之義務違反間，有相當因果關係，此外被告並未舉證證明原告損害之發生、擴大，係因其他不可歸責於己之事由所致，其過失醫療行為確係未加深或擴大吳東生死亡之結果發生，是被告辯稱無因果關係云云，並不足採。

(三)、被告如構成侵權行為，原告得請求之金額若干？

1、未按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。不法侵害他人致死者，被害人之父、母、子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。民法第 184 條第 1 項、第 194 條分別定有明文。又病患罹患疾病就醫，無非是希望身體及健康得以恢復而延長生命，此存活機會乃係對未來繼續生命的期待，如病患因醫師之醫療疏失致喪失或減少存活機會之可能，所侵害者應係病患之生命權、身體權及健康權，病患自可本於侵權行為損害賠償請求權請求賠償。

2、被告違反前述醫療常規而有疏失，致吳東生錯失治療之可能機會，已侵害其生命權，原告為吳東生之妻子，心理難免因其延誤醫治、增加治療上之困難度、存活率降低而恐慌，致精神上受有痛苦，自得依民法第 184 條第 1 項及第 194 條之規定，請求被告賠償精神慰藉金。又

本院認為本件慰撫金之主要目的，在於撫慰原告心理痛苦，如需計較填補其損害，則使醫療案件之請求治絲欲焚，故審酌吳東生係因胃潰瘍出血到院治療，且本身已有諸多慢性疾病，並於住院期間衍生 諸多的併發症之病情，被告未及時進行癲癇治療行為之過失程度，以及對於吳東生所造成醫療上影響，在前述情況下原告所感受精神痛苦等一切情狀，認為原告所受精神上之損害，應以 80 萬元為適當。原告逾此部分之請求，誠屬過高，為無理由。

五、綜上所述，原告依侵權行為之法律關係，請求被告給付非財產上之損害賠償 80 萬元及自起訴狀繕本送達翌日即 96 年 9 月

11 日起至清償日止，按週年利率 5% 計算之遲延利息為有理由，應予准許。逾此範圍之請求，為無理由，應予駁回。

六、兩造就原告勝訴部分，均陳明願供擔保請准為假執行或免為假執行之宣告，經核均無不合，爰酌定相當擔保金額分別准許之，至原告敗訴部分，其假執行之聲請即失所附麗，應予駁回。

七、因本件事證已臻明確，兩造其餘主張、陳述及所提之證據，經本院審酌後認與判決結果不生影響，爰不一一論述，附此敘明。

八、據上論結，本件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 7 月 15 日
民事第四庭 法 官 鄧德倩

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 7 月 15 日
書記官 林孔華