

【裁判字號】 98,醫訴,7
【裁判日期】 1000630
【裁判案由】 業務過失致死
【裁判全文】

臺灣臺北地方法院刑事判決 98 年度醫訴字第 7 號

公 訴 人 臺灣臺北地方法院檢察署檢察官

被 告 林文允

選任辯護人 古清華律師

上列被告因業務過失致死案件，經檢察官提起公訴（97 年度偵續字第 550 號），本院判決如下：

主 文

林文允從事業務之人，因業務上之過失致人於死，處有期徒刑壹年肆月，減為有期徒刑捌月。

事 實

一、林文允係臺北市立聯合醫院仁愛院區（下稱仁愛醫院）急診科住院醫生，為從事醫療業務之人。張獻璋於民國 95 年 5 月 5 日 13 時 15 分，因發生胸痛、冒冷汗、肩部酸痛及暈眩等症狀，前往仁愛醫院急診，由林文允負責診治。林文允診視及檢查後，醫囑進行**抽血**及接上心電圖監視器，並做 12 導程心電圖及胸部 X 光檢查，雖檢查結果尚未發現有心肌梗塞，然於當日 13 時 35 分許，張獻璋仍主訴有胸痛，林文允囑以 NTG（硝化甘油舌下片）1 顆。於同日 13 時 52 分許，初次 12 導程心電圖結果顯示有 T 波異常現象，但其血液檢查結果，心肌**■**呈現正常值（CPK:32、CK-MB:8、CK-MB%:24、Troponin-I: 0.00NG/ML），醫囑於 6 小時後之 19 時 30 分進行第二次 12 導程心電圖及**抽血**測心肌**■**之追蹤檢查。林文允本應注意，依醫療常規，對於因胸痛入院而於急診檢傷分類為第一級之病患，應經常迴診以密切注意觀察病患之病情變化，並隨時給予處置，且使用 NTG 觀察期間如有胸痛復發情形，須立即重作 12 導程心電圖，以鑑別是否為容易致死之急性心肌梗塞病症，而依當時情形並無不能注意之情事，護士莊慶齡接手照護張獻璋後，於當日 16 時 20 分許，對張獻璋進行生命徵象檢查，並詢問其目前狀況，得知張獻璋已有胸痛復發之情形，護士莊慶齡並將之記載於急診護理紀錄內，再將張獻璋移至留觀室觀察，但於 19 時 40 分許前，林文允均未主動迴診張獻璋，亦未查看護理紀錄，致其未能在張獻璋胸痛復發當時即刻進行第二次 12 導程心電圖等檢查，以及會診心臟內科醫師，早期發現張獻璋之病情。迨於同日 19 時 40 分許張獻璋依醫囑完成第二次 12 導程心電圖及**抽血**檢查返回留觀室後，立即發生抽搐、意識昏迷，林文允始於 19 時 45 分通知心臟內科值班醫師前來會診，發現張獻璋的心肌**■**檢查結果 CPK 已達 1296、CK-MB 值達 184、CK-MB %為 14、Troponin -I 值為 28.1NG/ML，已延誤病情，經急救後，仍於同日 23 時 26 分因心肌梗塞不治死亡。

二、案經張獻璋之子張少萌訴由臺灣臺北地方法院檢察署檢察官偵查起訴。

理 由

壹、證據能力事項：

一、按「被告以外之人於審判外向法官所為之陳述，得為證據。

被告以外之人於偵查中向檢察官所為之陳述，除顯有不可信之情況者外，得為證據。」，刑事訴訟法第 159 條之 1 定有明文。經查，證人林斯晨於偵查中業經具結之證詞，既已具結擔保其憑信，其於偵

查中證詞之「任意性」及「信用性」，自形式上觀察，並無顯有不可信之情況，自有證據能力。

二、按被告以外之人於審判外之言詞或書面陳述，除法律有規定者外，不得作為證據；又被告以外之人於審判外之陳述，雖不合同法第 159 條之 1 至第 159 條之 4 之規定，但經當事人於審判程序同意作為證據，法院審酌該言詞陳述或書面陳述作成時之情況，認為適當者，亦得為證據。當事人、代理人或辯護人於法院調查證據時，知有第 159 條第 1 項不得為證據之情形，而未於言詞辯論終結前聲明異議者，視為有前項之同意，刑事訴訟法第 159 條第 1 項及第 159 條之 5 分別定有明文。

本判決下列所引用之其餘證據資料，均經依法踐行調查證據程序，公訴人、被告及其辯護人於本院言詞辯論終結前亦未聲明異議，本院審酌證據資料製作時之情況，均無違法不當及證明力明顯過低之瑕疵，亦查無依法應排除其證據能力之情形，認以之作為證據應屬適當，皆有證據能力。

貳、實體事項：

一、訊據被告固坦承於 95 年 5 月間擔任仁愛醫院急診科住院醫生，於同年 5 月 5 日 13 時 15 分許，病患張獻璋因發生胸痛、冒冷汗、肩部酸痛及暈眩等症狀，前往仁愛醫院急診，由其負責診治後，於當日 13 時 35 分許，囑以 NTG（硝化甘油舌下片）1 顆，並囑以留觀，以及張獻璋嗣於同日 23 時 26 分因心肌梗塞不治死亡等情不諱，惟矢口否認有何業務過失致死之犯行，並辯稱：張獻璋在第一時間並不明顯是急性心肌梗塞，我當時無法從胸痛診斷他是急性心肌梗塞，我認為他沒有立即的生命危險，我照胸痛的診療程序給予**抽血**、點滴、氧氣、照 X 光，我囑以留觀是按照急診流程，胸痛要在 5 到 6 小時作第二次 12 導程心電圖追蹤檢查，不是因為知道他是心肌梗塞而留觀云云。被告辯護人為其辯護稱：當時心電圖只有 T 波異常，並沒有一般典型急性心肌梗塞會顯示 ST 波上升，醫師給予硝化甘油舌下片 1 片治療後，在 2 點 05 分時病患表示胸痛改善，2 點 44 分**抽血**檢查結果心肌 Troponini 是 0，CK-MB 也是正常範圍之內，無法判斷為心肌梗塞，被告將病患留院觀察，之後每 30 分鐘護理人員都有到病床回診，病人也表示胸痛有改善當中，沒有抱怨有持續的胸痛，一直到下午 4 點 20 分護理人員聽到病患表示仍然有一點胸痛感覺，被告立即安排病患依照醫療常規在 6 個小時之內作第二次 12 導程心電圖檢查，在 7 點 30 分的時候，護理人員回診，病人並沒有表示有胸痛，護理人員安排他進行預定的第二次 12 導程心電圖檢查，檢查完回到留觀室時，病人忽然表示身體不舒服，被告立即予以診治，看第二次的心電圖、**抽血**檢查時，發現心肌梅突然大幅上升，當時判斷為急性心肌梗塞，立即會診心臟內科醫師，在心臟內科醫師來到前，被告先給予治療心肌梗塞的相關藥物。且於當晚 8 時許，林斯晨醫師已到場並向張賴玉娥解釋病情，建議作心導管手術，且已將病患緊急推至心導管室準備進行手術，但張賴玉娥表示要等兒子到場，而未簽署手術同意書，直至當日 8 時 45 分許，其子張杰仁到場始行簽署，但病患已喪失意識，被告的處置符合醫療常規並沒有過失云云。惟查：

（一）被告林文允係仁愛醫院急診科住院醫生，病患張獻璋於 95 年 5 月 5 日 13 時 15 分，因發生胸痛、冒冷汗、肩部酸痛及暈眩等症狀，前往仁愛醫院急診，由被告負責診治，以及張獻璋嗣於當日 19 時 40 分許完成第二次 12 導程心電圖及**抽血**返回病房後，發生抽搐、意識昏迷，經會診心臟內科醫師後，確診為心肌梗塞，並進行急救，但仍於同日 23 時 26 分因心肌梗塞不治死亡等情，為被告所不爭執，並有仁愛醫院 95 年 11 月 14 日北市醫事字第 09533704000 號函暨所提供之病歷在卷可稽（參他字第 5314 號卷第 90、143-161 頁）。

（二）依據仁愛醫院所提供之前揭病歷紀錄顯示，本件病患張獻璋於 95 年 5 月 5 日下午 13 時 15 分至仁愛醫院時，主訴有胸痛、冒冷汗、肩部酸痛及暈眩等症狀，被告先對其進行 12 導程心電圖、**抽血**及胸部 X 光檢查，並囑以服用 NTG（硝化甘油舌下片）1 顆。當日 13 時 21 分許，血液生化檢查結果顯示心肌呈

現正常值（CPK:32、CK-MB:8、CK-MB%:24、Troponin-I:0.0 0NG/ML），但於 13 時 52 分許之心電圖檢查結果，呈現張獻璋有 T 波異常情形（參他字第 5314 號卷第 19 頁、143、147 頁背面、157 頁），雖尚不能確診為心肌梗塞，但該病患主訴上開症狀，仍屬於危險之不穩定型心絞痛。而按照第一級（疑似）急性心肌梗塞之病人，醫師或護理人員應經常迴診，以注意病情之變化，並給予持續之心電圖監測。且查，胸痛原因很多，區分疼痛之特性、位置、持續時間、伴隨症狀、相關病史、引發疼痛之因子及使疼痛緩解之方法，可以初步知道胸痛之病源。心絞痛引起之胸痛，其肇因可能是心肌缺氧或是心肌梗塞。如果心肌缺氧造成之心絞痛，一般在休息 2-10 分鐘或口含硝化甘油舌下含片後，胸痛會漸漸緩解。發作頻率如果增加或時間延長，就有可能是不穩定心絞痛。如果是心肌梗塞造成的胸痛，不會因休息或口含硝化甘油之舌下含片而緩解。又 12 導程心電圖在最初評估時，若無法確定診斷，至少應在 4-6 小時後重複追蹤 12 導程心電圖之變化，觀察期間若發生胸痛復發，則須立刻重作 12 導程心電圖，此復據行政院衛生署醫事審議委員會（下稱醫審會）於鑑定時指明在卷（參本院卷一第 256 頁、偵字第 16702 號卷第 13 頁背面、14 頁）。但查，證人即當日陪病家屬張賴玉娥於本院審理時結證稱：在留觀室只有我一個人陪張獻璋，3 點半的時候，護士來說，被告說可以回家休息，有事再來門診就好，那時候我大兒子已經在那邊，他看我先生還不舒服，我大兒子就去拜託被告，讓他留觀室休息，被告說好。但從留觀室到晚上 7 點半檢查之間，醫生或護士都沒有來。這段時間，我先生每半小時都說痛痛，眉頭皺起來，被告於 5 點時走過去，我先生有看到，很高興，叫被告，說很不舒服還痛，被告走過來哼一聲就走掉了，我等了半小時也沒有回來。大概 5 點半到 6 點之間，我有去急診室找被告，但被告不在，護士告訴我被告說 7 點半要再檢查，我有跟護士說我先生痛。我先生要去檢查時，我又跟護士說他還痛，護士表示檢查後再找醫生等語（參本院卷二第 99 背面、100 頁）。參之卷附之護理紀錄顯示，張獻璋於 13 時 15 分至該院急診後，先後共有三名護士接手照顧，分別為證人王美芳、莊慶齡、王郁菁。其三人之交接時間約為當日 16 時許及 16 時 20 分至 17 時許間一節，業據證人王美芳、莊慶齡、王郁菁三人於本院審理時結證在案（參本院卷二第 104、109、160 頁）。而依據其三人接續所作之卷附急診護理紀錄，證人王美芳照護張獻璋期間，先後曾於 13 時 15 分、13 時 35 分、14 時 5 分、14 時 50 分、15 時 30 分為張獻璋進行生命徵象各相關項目之檢查及口頭詢問其病況，且每次均有詳細記載其檢查所得之血壓、心跳、呼吸、體溫等與生命徵象判斷相關數據，其中於 15 時 30 分許，並載有被告到場向病患解釋病情等之紀錄。至於護士莊慶齡照護時間甚短，其僅於初交接時之 16 時 20 分許曾記錄一筆，其上所為之紀錄亦有完整之血壓、心跳、呼吸、體溫等與生命徵象判斷相關數據及病人口述病情之內容，但無被告到場迴診之記載。護士王郁菁接手照護後，除於 19 時 30 分記載病患張獻璋送檢查 EKG 等外，期間並無其他任何前揭關於該病患生命徵象之血壓、心跳、呼吸、體溫等項目之檢查及觀察紀錄，亦無病人口述病情之內容，更無被告迴診病患之記載（參他字第 5314 號卷第 145 頁）。又依上開各項護理紀錄之記載，除護士王美芳於 15 時 30 分許之紀錄中，曾記載被告親自向張獻璋解釋病情外，此後至 19 時 40 分許，張獻璋出現四肢抽搐（僵直）前，在護士莊慶齡及王郁菁二人先後照護張獻璋期間，均無任何被告迴診之紀錄（參他字第 5314 號卷第 145 頁背面）。足認證人張賴玉娥前開所證：從留觀室到晚上七點半檢查之間，醫生或護士都沒有來等語，並非子虛，而可採信。是被告於當日 15 時 30 分許至 16 時許間，將張獻璋列為第一級留觀病人後，至 19 時 40 分許前，未曾迴診張獻璋之事實，已可堪認定。

（三）證人王美芳於本院審理時結證稱：當天張獻璋在下午 1 點 15 分左右進入仁愛醫院急診室時，1 時 30 分個案（指病人本人）有陳述不適，醫師診視後，依醫囑給予藥物 NTG 即硝化甘油舌下片。用藥後有去檢查，個案有改善，讓病人先作胸部 X 光，被告發現有異常，才做電腦斷層（顯影 CT）。15 點 30 分

做完檢查回來，有改善，被告有向家屬解釋等語，並有前揭急診護理紀錄在卷可參（參他字 5314 號卷第 145 頁）。張獻璋服用硝化甘油舌下片後，其胸痛情形雖有改善。但依當日 16 時許接手照護張獻璋之護士即證人莊慶齡於本院審理時結證稱：我 4 點交接接手張獻璋，交接完後，我去量病人的生命徵象，要量呼吸、心跳、血壓、體溫，要詢問病人的情況，印象中有問他現在覺得怎樣，病人好像回答我有一點「ㄆㄛ、ㄆㄛ」（台語），並用手摸胸口。跟王郁菁交班時，有口頭跟她說這些情況等語（參本院卷二第 160 頁）。參之卷附急診護理紀錄中，確實有證人莊慶齡於 16 時 20 分許記載張獻璋之呼吸、心跳、血壓、體溫等各項紀錄，及張獻璋當時曾向其表示仍有胸痛的感覺之記載（參他字第 5314 號卷第 145 頁背面），與證人莊慶齡前揭證詞相吻合，足認證人莊慶齡前開證詞，亦與事實相符，可以採信。是病患張獻璋於服用 NTG（硝化甘油舌下片）1 顆後，至遲於 16 時 20 分許，已有胸痛復發之病徵，亦已至為顯然。

（四）依據卷附仁愛醫院 95 年間之急診檢傷分類原則：「第一級，需立刻處理的病患，此類病患隨時有生命危險，例如：昏迷、抽痙、呼吸停止、心絞痛、心肌梗塞、無法控制的出血、休克、重度外傷等。」（參他字第 5314 號卷第 10 頁）。被告供稱：其係在 15 時至 16 時許間，取消返家日後回診之醫囑，而將張獻璋改列為第一級留觀之病人等語（參本院卷一第 204 頁背面），顯見其於此時亦認為張獻璋屬於前揭應立刻處理，並隨時有生命危險之病患，其自當經常迴診以注意張獻璋的病情變化，並應於病患胸痛復發時，立即給予第二次 12 導程心電圖追蹤檢查。但其竟在 15 時 30 分許對張獻璋解釋病情後，至 19 時 40 分許期間均未曾迴診，且因其在病人轉往留觀室至其後時間，均未查看急診護理紀錄，以致於雖護士莊慶齡於護理紀錄中已詳載張獻璋有胸痛復發之情形，其亦未能立即發現，更因而致其未能提前安排第二次 12 導程心電圖及血液生化檢查，而任令張獻璋的病情惡化，迨於當日 19 時 40 分許，發現其急性心肌梗塞之病症完全呈現，其生命並已出現急迫危險之情況，始會診該院的心臟內科林斯晨醫師，但已為時已晚，其本件醫療之作為確有違醫療之常規，並與病患張獻璋之死亡有相當因果關係。

（五）被告自承其係自 79 年開始擔任住院醫師，期間雖曾至鄉下地區服務，但其嗣已在 83 年或 85 年間至仁愛醫院任職至今，並領有家醫科醫師執照，至 95 年張獻璋至仁愛醫院急診時，其在該院的急診室任職已有 5、6 年之久（參本院卷二第 166 頁背面）。足認被告並非資淺而經驗不足的醫師。張獻璋至該院後所完成的初次檢查報告，雖尚不能確診其為心肌梗塞，但張獻璋主訴其有胸痛及肩痠的症狀，被告初步復已診斷其有主動脈瘤、高血壓之疾病，加上其心電圖亦顯示有 T 波異常之情況，該病患屬於危險之不穩定型心絞痛，因其非心臟內科專科醫師，如認自己無能力處理，自應儘快會診心臟內科醫師進行評估，其亦本應注意第一級留觀病人係屬有生命危險的病人，應經常迴診，以觀察其病情變化，並應掌握其有無胸痛復發之情況，但其竟在張獻璋移至留觀室進行留觀後，均對之不加聞問，不僅未曾親自迴診，更對於護士所為之護理紀錄置若罔聞，而未能即時發現病患在服用硝化甘油舌下片後，於當日 16 時 20 分許，已有胸痛復發之情況，應立即提早進行第二次的 12 導程心電圖及血液生化檢查，致無法即時發現張獻璋的病情變化，進而為必要之會診及相關治療。其消極不為適當的醫療行為，不合於前揭醫療常規已至明。

（六）被告及其辯護人雖辯稱：護士王美芳於 14 時 05 分及 15 時 30 分已載張獻璋胸痛有改善，另護士王郁菁之護理紀錄亦載明張獻璋「目前無不適」，因此其在 19 時 30 分許進行第二次的 12 導程心電圖追蹤檢查，並無違醫療常規云云。惟查：（1）承前所述，張獻璋在 13 時 35 分許服用硝化甘油舌下片後，於 14 時 05 分及 15 時 30 分許雖二度向護士王美芳表示，其胸痛有改善。但其於 16 時 20 分許，已另向護士莊慶齡表示仍有胸痛感覺，顯見其胸痛有復發之情形。而病程本來就會隨時間而變化，對於有生命危險的病人，本來就應觀察其變化，以隨時採取因應的醫療措施，以避免遺憾之發生。茲張獻璋既於 16 時 20

分許病情有所變化，自不能執在此之前護士王美芳之觀察紀錄，作為解免被告消極不為適當醫療作為之理由。(2)留觀室護士王郁菁雖於 19 時 30 分送張獻璋作第二次 12 導程心電圖檢查時，在急診護理紀錄上記載「目前無不適」（參他字第 5314 號卷第 154 頁背面）。其於本院審理時復結證稱：當時 7 點半要去做**抽血**及心電圖，我要推去檢驗室，病人沒有表示其他不舒服。護士一般定期回診探視病人生命徵象的規定是 4 小時，如果留觀室有異常，如血壓異常，是每半小時。推病人去作 12 導程心電圖前，有去看過病人，沒有印象幾次，之前去看病人時，因為他沒有不舒服主訴，所以我就沒有寫等語。但查，該項紀錄係記載在「治療處置」欄，而非護士記錄觀察病患狀況之「護理記錄/簽名」欄下，王郁菁之護理記錄與護理記錄表所設定之欄位明顯不符，且與其他護士即王美芳、莊慶齡之記載方式不同，更與其個人在當日 19 時 40 分至 20 時 50 分許間所作的護理紀錄方式不一致。復且，承前所述，證人即護士王美芳及莊慶齡二人在任何一個時間進行護理記錄時，均在急診護理記錄表中詳細記載其等測量病人生命徵象包括血壓、心跳、呼吸、體溫等各項數據於「TPR」、「BP」等欄內，口頭詢問病人、家屬身體狀況之事項，亦詳載於「護理記錄/簽名」欄下。但護士王郁菁在張獻璋移至留觀室至 19 時 30 分許，進行第二次的 12 導程心電圖前，均無任何生命徵象檢查或觀察紀錄，其於 19 時 30 分送張獻璋去檢查當時所為之記錄，不僅完全沒有這些數據，且其「護理記錄/簽名」欄內之紀錄，亦僅有「予 F/U EKG 及 Cardica enyne」等內容，完全沒有其口頭詢問之紀錄，亦未載明「目前無不適」是基於病人或其家屬之口述，顯亦與其於本院審理時結證：讓病人作檢查，都會寫過程等語（參本院卷二第 111 頁背面）之情形不合。質之證人王郁菁於本院審理雖另結證稱：因為忘記把無不適主訴寫上去，而護理紀錄在簽名之後，不可以再寫其他紀錄，所以就往前寫云云（參本院卷二第 111 頁背面）。但依其於同日之證詞：是因為當時 7 點半要去做**抽血**及心電圖，我當時要推去檢驗室，當時『病人沒有表示其他不舒服』等語（參本院卷二第 109 頁背面）。若證人王郁菁於本院所為之前開證詞屬實，顯見其在急診護理紀錄上為上開「目前無不適」之記載，並非經由其直接對病人做任何檢查，或經由口頭詢問後，得自病人或其家屬所為之口頭陳述而後據以記載，此一記載純屬其基於『病人未告知』之情形下所為之記載，不足以據此認病人當時並無不適。又承前所述，依前揭急診護理紀錄所載，被告在張獻璋作完第二次的 12 導程心電圖檢查後，於 19 時 40 分許返回留觀室前，均未曾迴診病人或查看護理紀錄，其係在護士王郁菁發現張獻璋出現抽搐等狀況後，經由護士王郁菁之通知，始再度迴診張獻璋，依此推之，在其接獲通知迴診張獻璋前，理應未看過護士王郁菁所為之紀錄，否則其為何未看到記載在前一欄之由護士莊慶齡所為之紀錄。是被告尚難執護士王郁菁前揭基於『病人未告知不舒服』下所為之「目前無不適」之護理紀錄，作為解免其消極不為適當醫療作為之正當理由。

(3)綜上，被告及其辯護人辯稱：張獻璋並沒有表示有胸痛，被告安排張獻璋於 19 時 30 分許進行預定的第二次 12 導程心電圖檢查，符合醫療常規並沒有過失云云，亦無可取。

(七)被告及其辯護人另辯稱：於當晚 8 時許，林斯晨醫師已到場並向張賴玉娥解釋病情，建議作心導管手術，且已將病患緊急推至心導管室準備進行手術，但張賴玉娥表示要等兒子到場，而未簽署手術同意書，直至當日 8 時 45 分許，其子張杰仁到場始行簽署，但病患已喪失意識，病患之死亡係因簽署同意書之等待遲延云云。經查：

(1)證人王郁菁於本院審理時雖結證稱：有請病人的家屬簽同意書，病人的太太有無同意，我不知道，我只知道她要等他兒子來簽同意書等語（參本院卷二第 110 頁）。質之證人張賴玉娥雖於本院審理作證時否認醫護人員曾要求簽署同意書，而只要求其簽收病危通知書（參本院卷二第 103 頁），但其另結證稱：他們要我給大兒子的電話，要聯絡等語（參同上頁）。參之卷附之急診護理紀錄中 20 時 5 分亦載有

「因病人孩子未到聯絡中」等內容（參他字第 5314 號卷第 146 頁）。參之病患及其家屬有是否接受治療之決定權，而心導管手術係屬侵入性之治療，並有相當程度之風險，依目前各醫院之處理方式，醫護人員均會要求簽署同意書，以確認家屬已否同意進行治療，是被告及其辯護人所述曾要求簽署同意書，以及證人張賴玉娥要求由兒子簽署，應非子虛，而可採信。

(2)證人林斯晨於偵查中結證稱：我接到急診室通知有心肌梗塞病患請我會診，就馬上去急診室，心電圖看起來有心肌梗塞，且病人年紀大，又有高血壓和腎臟病，有給予抗凝血劑及硝化甘油及嗎啡，病人送到心導管室時就沒有呼吸，而且出現心律不整的情況，我們馬上做急救電擊和心臟按摩，過程中一直量不到血壓，心導管的手術就中斷，因病人年紀大，而且梗塞面積大，因為休克時間長，血液有酸中毒情況，血壓無法維持，急救效果無法維持到再進入心導管室，打了強心針，心臟跳動的狀況無法維持一定時間，急性心肌梗塞最好的急救方式是施作心導管手術，但手術的前提是要有一定的心跳，本件病人給予急救一直無法維持心跳做心導管等語（參偵字第 16702 號卷第 54 頁）。而依卷附之急診護理紀錄所載，19 時 40 分「BP」欄載「158/78」，19 時 45 分載電話通知林斯晨，19 時 50 分記載給予藥物使用，林斯晨診視中，20 時載林斯晨向家屬解釋病情，20 時 5 分「BP」欄載「33/?」護理記錄欄載：建議做心導管，並載有「因病人孩子未到聯絡中」、「換手術衣中」等內容，20 時 15 分「BP」欄載「65/38」，護理記錄欄載：林斯晨再解釋病情，20 時 45 分「BP」欄載「?/?」，護理記錄欄載：「已填同意書」，20 時 50 分記載「BP」目前未測量到，護理記錄欄載：「現待心導管室技術人員到及可送 PT 至心導管室」（參他字第 5314 號卷第 145 頁背面、146 頁）。足認張獻璋在 20 時 5 分許，已開始出現血壓不穩定之情況，並已有量測不到血壓的情形，且已出現血酸情況，而依證人林斯晨之證詞，手術前提是要有一定的心跳，因張獻璋經急救後仍一直無法維持心跳，以致無法進行後續的心導管手術，顯見張獻璋後續無法進行心導管手術，與張獻璋家屬遲未簽署手術同意書並無相當因果關係。從而，被告及其辯護人此部分之所辯，亦無從資為被告有利認定之理由。

(八)綜合上開各項事證，本件被告對於因胸痛、肩痠、冒冷汗、暈眩而前來急診之張獻璋，經檢查後發現其心電圖復有 T 波異常狀況，且有高血壓之病史，雖因血液生化檢查結果，其心肌酶數值均呈現正常值，尚不能確診為心肌梗塞，但仍屬危險之不穩定型心絞痛病人。被告身為急診醫師，如無能力處理此類病人，應即會診心臟內科醫師，但被告竟在作完第一次檢查及給予硝化甘油舌下片 1 片後，僅於 15 時 30 分許解釋病情，在病人移至留觀室後，完全未依醫療常規予以迴診，亦未檢視護理人員所為之紀錄，以致於未能即時發現張獻璋至遲在 16 時 20 分許，已有胸痛復發的情形，並即時進行第二次的 12 導程心電圖、血液生化檢查，以提早發現張獻璋的心肌梗塞病情已經發生，迨於 19 時 40 分許張獻璋出現抽搐等症狀時，始知事態嚴重，通知心臟內科醫師會診，但為時已晚。其消極不為必要之會診、迴診等醫療作為，致錯失即時發現張獻璋心肌梗塞之病況，致其無法獲得適當之治療，最後因心肌梗塞而死亡，其本件醫療作為確有過失，且與張獻璋之死亡具有相當因果關係存在。從而，本件事證明確，被告犯行堪以認定。

二、論罪科刑部分：

(一)被告行為後，刑法業於 94 年 2 月 2 日修正公布部分條文，並於 95 年 7 月 1 日施行。依修正後刑法第 2 條第 1 項規定：「行為後法律有變更者，適用行為時之法律。但行為後之法律有利於行為人者，適用最有利於行為人之法律。」，此條規定係規範行為後法律變更所生新舊法律比較適用之準據，是刑法第 2 條本身雖經修正，尚無比較新舊法之問題，應一律適用裁判時之現行刑法第 2 條，以決定適用之刑罰法律。又被告行為時，刑法第 276 條第 2 項業務過失致死罪之法定刑為「5 年以下有期徒刑、拘役

或 1 千元以下罰金。」，且依斯時罰金罰鍰提高標準條例第 1 條前段規定，「依法律應處罰金、罰鍰者，就其原定數額得提高為 2 倍至 10 倍」。故該罪罰金刑部分經提高後為 1 萬元以下，經折算為新臺幣後，最高可罰新臺幣 3 萬元，最低則為新臺幣 3 元（銀元 1 元）。至被告行為後公布施行之刑法施行法第 1 條之 1 規定：「中華民國 97 年 1 月 7 日刑法修正施行後，刑法分則編所定罰金之貨幣單位為新臺幣。94 年 1 月 7 日刑法修正時，刑法分則編未修正之條文定有罰金者，自 94 年 1 月 7 日刑法修正施行後，就其所定數額提高為 30 倍。但 72 年 6 月 26 日至 94 年 1 月 7 日新增或修正之條文，就其所定數額提高為 3 倍」；且刑法第 33 條第 5 款亦修正為：「主刑之種類：罰金，新臺幣 1 千元以上，以百元計算之」。查刑法第 276 條第 2 項規定，係 72 年 6 月 26 日前所訂定，故依新法規定，罰金部分應提高為 30 倍，即最高可罰新臺幣 3 萬元，最低應罰新臺幣 1 千元。經比較新、舊法之結果，應以被告行為時之舊法對其較為有利，自應適用修正前之規定。

(二)被告為仁愛醫院急診科住院醫生，以為他人診療疾病為業務，為從事醫療業務之人。是核被告所為，係犯刑法第 276 條第 2 項之業務過失致死罪。爰審酌被告為仁愛醫院急診科醫師，本應盡其職責全力救治病患，雖急診時病患之狀況瞬息萬變，復需在短時間內從眾多選擇中做出正確判斷，屬高度困難之事，但本件被告係因前述之消極不為必要作為之過失，導致被害人無法即時獲得必要之醫療治療，因而喪失寶貴之生命，其犯後並未承認犯行，亦未與被害人家屬達成和解等一切情狀，量處如主文所示之刑。未接，中華民國九十六年罪犯減刑條例於 96 年 6 月 15 日通過，並自 96 年 7 月 16 日開始施行，查被告之犯罪行為係於 96 年 4 月 24 日以前所為，且經本院宣告有期徒刑 1 年 6 月以下之刑，而無前述條例第 3 條規定不予減刑之情形，合於減刑之條件，應依該條例第 2 條第 1 項第 3 款規定減其刑期如主文所示。

據上論斷，應依刑事訴訟法第 299 條第 1 項前段，刑法第 2 條第 1 項前段、第 276 條第 2 項，刑法施行法第 1 條之 1，中華民國九十六年罪犯減刑條例第 2 條第 1 項第 3 款、第 7 條第 1 項，判決如主文。

本案經檢察官劉俊良到庭執行職務。

中 華 民 國 100 年 6 月 30 日
刑事第二十庭 審判長法官 郭惠玲
法官 柯姿佐
法官 李桂英

上正本證明與原本無異。

如不服本判決應於收受送達後 10 日內向本院提出上訴書狀，並應敘述具體理由；其未敘述上訴理由者，應於上訴期間屆滿後 20 日內向本院補提理由書(均須按他造當事人之人數附繕本)「切勿逕送上級法院」。告訴人或被害人如對於本判決不服者，應具備理由請求檢察官上訴，其上訴期間之計算係以檢察官收受判決正本之日期為準。

書記官 黃勤涵

中 華 民 國 100 年 6 月 30 日
附錄論罪科刑實體法條文：

中華民國刑法第 276 條第 2 項：

從事業務之人，因業務上之過失犯前項之罪者，處 5 年以下有期徒刑或拘役，得併科 3 千元以下罰金。