臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第一庭
113年度訴字第1245號
114年4月10日辯論終結

原　　告　林永健

被　　告　衛生福利部
代　表　人　邱泰源（部長）

訴訟代理人　陳昶安　律師
　　萬哲源　律師
　　邱聖翔　律師

上列當事人間傳染病防治法事件，原告不服行政院中華民國113年5月22日院臺訴字第1135009663號訴願決定，提起行政訴訟，經本院地方行政訴訟庭以113年度地訴字第200號裁定移送前來，本院判決如下：

主　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、事實概要：

原告以其於民國111年3月18日接種COVID-19疫苗(Moderna，下稱系爭疫苗)後2日出現肢體無力症狀，就醫後檢查發現感染，排除中風，亦排除惡性腫瘤，其無高血壓，亦無糖尿病等慢性疾病，疑因預防接種受害致不良反應，於111年4月7日申請預防接種受害救濟。經被告所屬預防接種受害救濟審議小組（下稱審議小組）112年5月18日第202次會議（下稱第202次會議）審議結果，以依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，依據申請書記載，原告接種疫苗後2日出現疲倦與肢體無力等症狀，就醫後影像學檢查與病理切片結果顯示疑似腦膿瘍或腦瘤，而系爭疫苗係屬mRNA疫

苗，並不具致病力，不會造成感染症，又腫瘤屬非短時間可形成之病理變化；綜上所述，原告之症狀與接種系爭疫苗無關，依預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法（下稱審議辦法）第17條第1款規定，不予救濟。被告於112年6月13日以衛授疾字第1120100822號函（下稱原處分）檢送審議小組第202次會議紀錄予社團法人國家生技醫療產業策進會（下稱生策會），該會據於同日以（112）國醫生技字第1120613166號函通知原告審定結果。原告不服，提起訴願，遭決定駁回，遂提起本件行政訴訟。

二、本件原告主張：

㈠審議小組委員名單中多爲小兒科醫生，成人神經內科僅一位醫生，且第202次會議記錄中，此唯一神經內科醫生—趙啓超沒有出席，審議程序有失公允。第202次審議會議記錄中顯示在110分鐘之內，審議小組共審議170個案例，平均每39秒審議一個案件，程序顯有瑕疵。

㈡原告沒有糖尿病、高血壓、心臟病等任何慢性疾病，疫情期間按照疫情指揮中心的安排，第一及第二劑疫苗都是打AZ疫苗，打完後都正常，自111年3月18日第三劑疫苗打系爭疫苗後，111年3月20日開始走路感覺右邊手腳無力，到111年3月22日被送進成大醫院時已經右邊手腳癱瘓，發燒頭痛不止，腦壓升高至快200，主治醫師田智豪（下稱主治醫師）予以緊急核磁共振檢查，顯示左側基底核有疑似病灶周邊水腫，主治醫師解釋懷疑該水腫與原告上述病情狀況相關，故原告於111年3月24日當天所作腦部穿刺手術之手術記錄單、病理組織切片報告及後續住院至出院所作各項檢查之結果，均顯示原告不是「腦瘤」，被告以疑似腦瘤爲依據作判定違反法律與醫學實證。

㈢主治醫師表示凝集酶陰性之葡萄球菌為正常之污染菌，存在於每一個正常人的身體（皮膚、腸道、口腔等），如打針、點滴等都有可能感染。且手術時所取組織切片及手術後所作培養，均沒有看到上開葡萄球菌生長，且主治醫師

表示人的腦內部要被上開葡萄球菌感染是很困難的，故主治醫師與感染科醫師均不認爲上開葡萄球菌是造成原告腦膿瘍的主要原因，且主治醫師於原告手術當日以及後續住院期間共做11套病菌檢查，排除腦瘤及凝集酶陰性之葡萄球菌感染的可能性，且原告在施打系爭疫苗前沒有任何可能造成腦膿瘍之疾病，又被告審定本件時沒有提及111年3月24日原告手術時最真實且最有力的組織切片報告結果，故意隱匿真實病歷資料，有引導誤判之嫌疑。

㈣系爭疫苗係屬mRNA疫苗，存在極大的安全疑慮，是緊急授權下使用的實驗性疫苗，並沒有全面的副作用資料可以參考，且原告所查國立臺灣大學醫學院兒童醫院感染科主治醫師、被告所屬傳染病防治法咨詢會預防接種組（ACIP）召集人—李秉穎，及美國病毒學專家、前美國陸軍研究所病毒系實驗室主任—林曉旭、公開發表資料闡述mRNA疫苗的安全疑慮及可能造成的副作用傷害；另有疫情指揮中心發言人—羅一鈞在新聞中關於mRNA疫苗的影片，羅一鈞與李秉穎皆爲專業醫師、衛生機構之代表人物，故他們應具有相當可信性。

㈤原告補充英國所作關於施打mRNA疫苗（BNT）不良反應通報之「案例系列藥物分析列印」資料充分證明mRNA疫苗並非不具致病力及感染力。另原告所查資料顯示接受《捍衛者》採訪的兩位醫生（布倫達・巴萊蒂Brenda Baletti博士、Taryn Bragg博士）表明系爭疫苗可能是造成美國內華達州南部兒童腦膿腫數量增加的一個因素，並經美國疾病控制與預防中心（CDC）證實。其他關於腦膿瘍資料均可佐證mRNA疫苗與腦膿瘍的相關性，既然美國有如此多的腦膿瘍案例證據資料，爲什麼被告卻仍不具相關性。

㈥綜上所述，聲明求為判決：

1.訴願決定及原處分均撤銷。

2.被告對於原告111年4月7日之申請，應作成核發預防接種受害救濟金新臺幣300萬元之行政處分。

3.訴訟費用由被告負擔。

三、本件被告答辯：

㈠本件審議小組於112年5月18日召開第202次會議審議原告之申請案，當時審議小組之組成，含召集人計有24人，其中包括感染症、神經學、病理學及過敏免疫等專科醫師與法學專家及社會公正人士，任期自111年1月1日至112年12月31日；且依會議紀錄可知，第202次審議小組會議係由召集人邱南昌主持，並擔任主席。故審議小組之組成與第202次會議召開，核與審議辦法第9條及第10條之規定相符。又本件被告為求審慎，已將原告之相關申請資料送請審議小組指定之2位醫學委員及1位法律/社會公正人士委員先行調查研究並做成「衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書」，再將其所作之初步鑑定意見及相關資料卷證，提交審議小組會議審議。審議小組參酌原告申請書之陳述、就醫與預後情形、病歷和檢驗報告，就原告受害就醫過程、醫療處置、實際傷害、死亡或致身心障礙程度、與預防接種之關聯性及其他相關事項審定，並載明「個案之症狀與接種系爭疫苗無關，依據審議辦法第17條第1款規定，不予救濟。」。可見審議小組於研判原告就醫紀錄及病歷資料為詳細探討，其審議程序核與傳染病防治法及審議辦法規定相符。

㈡審議小組是依原告病歷所載疑似為「腦膿瘍或腦瘤」為醫學專業判斷，並非逕自診斷原告有腦瘤為判斷依據，於法即屬有據：

原告於111年3月18日接種系爭疫苗，於111年3月20起出現身體不適狀況，並於111年3月22日至國立成功大學醫學院附設醫院就醫；同日腦部緊急電腦斷層掃描檢查結果顯示左基底核有疑似病灶伴週邊水腫。同日急診病歷記載，醫師臆斷原告為腦膿瘍或腦瘤；3月23日神經外科醫師會診紀錄載明會診診斷為左基底核腫瘤，同日急診病歷記載，醫師臆斷原告為腦瘤。基此，審議小組係基於前開客觀事

證，將原告疑似為「腦瘤」一事納入綜合研判，並非自行診斷原告之疾病，且亦未特指「腦瘤」為引起原告病症之唯一原因，故原告稱被告逕以原告有「腦瘤」進行判斷，實有誤會。

㈢原告疑似為「腦膿瘍」，其常見病因為顱內受傷、鄰近器官的感染所致，惟系爭疫苗之作用原理不會引起感染情形，故審議小組綜合研判原告受害情形與接種系爭疫苗之關聯性為無關，實屬有據：

審議小組所審酌之原告病歷資料，已包含凝集酶陰性之葡萄球菌之血液細菌培養結果，以及完整之所有組織切片報告結果，原告之指摘顯屬無據：原告主張之111年3月24日之病理組織切片報告及原告所附之細菌檢查報告，事證內容皆已於病歷資料內所載；審議小組以原告之病歷資料、臨床表現及相關檢驗結果綜合研判，並非如原告指摘故意隱匿真實病歷資料。

㈣系爭疫苗本身不含任何具複製力之病毒或細菌，與腦膿瘍致病機轉無關，且原告就醫後之腦部磁振造影顯示其病灶已有2.7公分，足認該腦膿瘍過程應為接種疫苗前即已發生：

1.原告雖聲稱其沒有任何慢性疾病，惟原告於接種系爭疫苗前已有飲酒過度、十二指腸潰瘍、胃食道逆流症、創傷性蜘蛛膜下腔出血/硬腦膜下血腫等疾病史，且原告就醫後腦部磁振造影檢查結果記載原告系爭水腫、左顳葉及左額葉有陳舊性損傷、右側顳骨和頂骨陳舊性骨折、雙側頸內動脈和椎基底動脈粥狀硬化等，綜上，原告腦部有陳舊性損傷及骨折之狀況，及飲酒過度之疾病史，與腦膿瘍常見之危險因子相符。

2.系爭疫苗係屬mRNA疫苗，其經肌肉注射方式進入人體細胞後，可藉由核醣體轉譯作用合成SARS-COV-2病毒的棘突蛋白，用來作為誘發人體抗體免疫反應之抗原，進入細胞後的mRNA不會進入細胞核或與人體的基因產生交互

作用，亦無法進行複製，故mRNA疫苗本身不含任何具複製力之病毒或其他可造成人體感染之病原體，故由疫苗原理觀之，原告接種系爭疫苗與前開腦膿瘍成因之感染無任何關係，故原告推斷係因接種系爭疫苗致生原告有腦膿瘍之受害情形，核與醫學常理不符。

3.另依原告111年3月24日病理組織切片報告記載血管週邊嗜中性球浸潤併神經膠變性，嗜中性球浸潤是感染發炎之症狀，而據病歷記載，醫師使用萬古黴素及頭孢他啶治療原告之腦膿瘍，且於病房之病患接收紀錄中又記載萬古黴素用於凝集酶陰性之葡萄球菌，且原告之腦膿瘍症狀於醫師使用抗生素治療後有所改善。另查3月25日至4月26日神經外科抗生素照會紀錄，臨床醫師表示縱使檢驗與病理檢查結果尚未有支持之微生物學證據，仍主張腦膿瘍之感染症診斷為其使用抗生素之理由，且該臨床處置亦獲感染科醫師之支持。

㈤綜上所述，聲明求為判決：

1.原告之訴駁回。

2.訴訟費用由原告負擔。

四、本院之判斷：

㈠按傳染病防治法第2條規定：「本法主管機關：在中央為衛生福利部……。」第30條第1、2、4項規定：「（第1項）因預防接種而受害者，得請求救濟補償。（第2項）前項請求權，自請求權人知有受害情事日起，因2年間不行使而消滅；自受害發生日起，逾5年者亦同。……（第4項）前項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」被告依前揭第4項條文授權而訂定之審議辦法第9條規定：「中央主管機關為辦理預防接種受害救濟之審議，應設預防接種受害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任務如下：一、預防接種受害救濟申請案之審議。二、預防接種與受害情形關聯性之鑑定。三、

預防接種受害救濟給付金額之審定。四、其他與預防接種受害救濟之相關事項。」第10條第1、2項規定：「（第1項）審議小組置委員19人至25人；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並指定1人為召集人。（第2項）前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於3分之1；委員之單一性別人數不得少於3分之1。」第11條規定：「審議小組審議預防接種受害救濟案時，得指定委員或委託有關機關、學術機構先行調查研究；必要時，並得邀請有關機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢。」第13條規定：「（第1項）審議小組鑑定預防接種與受害情形關聯性之分類如下：一、無關：有下列情形之一者，鑑定結果為無關：㈠臨床檢查或實驗室檢驗結果，證實受害情形係由預防接種以外其他原因所致。㈡醫學實證證實為無關聯性或醫學實證未支持其關聯性。㈢醫學實證支持其關聯性，但受害情形非發生於預防接種後之合理期間內。㈣衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性。二、相關：符合下列情形者，鑑定結果為相關：㈠醫學實證、臨床檢查或實驗室檢驗結果，支持預防接種與受害情形之關聯性。㈡受害情形發生於預防接種後之合理期間內。㈢經綜合研判具有相當關聯性。三、無法確定：無前二款情形，經綜合研判後，仍無法確定其關聯性。（第2項）前項醫學實證，指以人口群體或致病機轉為研究基礎，發表於國內外期刊之實證文獻。（第3項）第1項綜合研判，指衡酌疑似受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性及其他相關因素所為之醫療專業判斷。」第17條第1款規定：「預防接種受害救濟案件，有下列各款情形之一者，不予救濟：一、發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防接種確定無關。」第18條規定：「（第1項）審議小組依救濟給付種類，審定給付金額範圍如附表。（第2項）審定給付金額，應依受害人之受害就醫過程、醫療處置、實際傷

害、死亡或致身心障礙程度、與預防接種之關聯性及其他相關事項為之。（第3項）障礙程度之認定，依身心障礙者權益保障法令所定障礙類別、等級。（第4項）嚴重疾病之認定，依全民健康保險重大傷病範圍或嚴重藥物不良反應通報辦法所列嚴重藥物不良反應。（第5項）給付種類發生競合時，擇其較高金額給付之；已就較低金額給付者，補足其差額。」該條附表「預防接種受害救濟給付金額範圍」規定，救濟給付種類屬死亡給付者，與預防接種相關者，給付金額範圍為50萬元至600萬元；無法確定與預防接種之關聯性者，給付金額範圍為30萬元至350萬元。

㈡綜合前揭規定可知，中央主管機關即被告對於預防接種受害救濟申請所為之准駁決定，係取決於審議小組對於預防接種與受害情形關聯性及給付金額之審定結果；其關聯性之存否，係由醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士組成之審議小組進行鑑定。其程序乃先蒐集個案之申請資料、就醫紀錄、相關檢查及檢驗結果等，送審議小組至少2位醫學專業委員做成初步鑑定，再將其所作初步鑑定意見及相關資料卷證，提交審議小組會議審議，並依其調查認定結果分類為「相關」、「無法確定」及「無關」，若個案經鑑定結果，符合前兩者情形者，則再按其受害情形審定預防接種受害救濟給付金額；若屬「無關」，則不予救濟。又關於預防接種受害情形關聯性之鑑定及給付金額之審定，悉由被告遴聘醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士所組成之審議小組為審議決定，不受被告之指揮監督；審議小組所為預防接種與受害情形關聯性之鑑定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知識，是基於其組織獨立性及專業性，審議小組就上開事項作成之專業鑑定，應認享有判斷餘地，行政法院原則上應予尊重，而採取較低之審查密度，然非不審查，如審議小組之判斷有恣意濫用或組織不合法、未遵守法定正當程序等顯然違法情事者，行政法院應予以審查，並依法撤銷之（最高行政法院112年度上字第26號判決意旨參照）。

㈢本院經核原處分並無違誤，茲分述如下、

1.經查，原告於111年3月18日接種系爭疫苗(Moderna)，於111年4月7日申請預防接種受害救濟，此有預防接種受害救濟申請書附卷可參（見原處分卷第10頁）。依據申請書及相關病歷記載，原告自述111年3月20日出現右手、右腿無力，111年3月22日因右側肢體無力就醫，腦部磁振造影檢查結果顯示左基底核有疑似病灶伴週邊水腫(suspicious lesion with perifocal edema in the left basal ganglion)(見原處分卷第368頁）、左顳葉及左額葉有陳舊性損傷(old insults in left temporal and left frontal lobes)、右側顳骨和頂骨陳舊性骨折(old fractures at right temporal and parietal bones)、雙側頸內動脈和椎基底動脈粥狀硬化(atherbsclerosis of bilateral internal carotid and vertebrobasil ararteries)，111年3月23日會診神經外科病歷記載，醫師診斷為左基底核腫瘤(left basal ganglia tumor)，同日急診病歷記載，醫師臆斷原告為腦瘤(malignant neoplasm ofbrain)及疑似腦膿瘍或肉芽腫(intracranial abscess andgranuloma)（見原處分卷第46頁至第47頁、第51頁），血液細菌培養結果為凝集酶陰性之葡萄球菌，此有預防接種受害救濟調查暨送件檢核表、病歷資料附卷可參（見原處分卷第6頁至第515頁）。

2.次查，本案經審議小組第202次會議審議，以依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，原告接種疫苗後2日出現疲倦與肢體無力等症狀，就醫後影像學檢查與病理切片結果顯示疑似腦膿瘍或腦瘤，而COVID-19疫苗係屬mRNA疫苗，並不具致病力，不會造成感染症，又腫瘤非短時間可形成之病理變化；綜上所述原告之症狀與接種COVID-19疫苗(Moderna)無關，爰依審議辦法第17條第1款規定，決議不予救濟，此有審議小組第202次會議紀錄資料附可參（見原處分卷第531頁）。經核審議小組之上開決議業已衡酌疑似原告

接種前後之病史、藥物使用情況、疫苗施打之機轉及系爭臨床指引所為之醫療專業判斷，且本件所調之相關病歷資料，如前所述，其資料之完整性及連慣性應可認定之，而由上開決議內容以及所參考之完整病歷資料得見，本件審議並無顯然基於錯誤之事實認定，或基於與事件無關之考量，且所參考之資料亦屬完備，本院對其專業上之判斷自應予尊重。從而，被告據以作成原處分，揆諸前揭規定及說明，並無違誤。

㈣原告雖主張：審議小組委員名單中多爲小兒科醫生，成人神經內科僅一位醫生，且第202次會議記錄中，此唯一神經內科醫生—趙啓超沒有出席，審議程序有失公允；又第202次審議會議紀錄中顯示，在110分鐘之內審議小組共審議170個案例，程序顯有瑕疵云云。惟查，

1. 本件審議小組於112年5月18日召開第202次會議審議原告之申請案，當時審議小組之組成，含召集人計有24人，其中包括感染症、神經學、病理學及過敏免疫等專科醫師與法學專家及社會公正人士，任期自111年1月1日至112年12月31日，此有111至112年度預防接種受害救濟審議小組委員名單可稽（見本院卷第103頁至第104頁）；且依會議紀錄可知（見原處分卷第519頁），第202次審議小組會議係由召集人邱南昌主持，並擔任主席。故審議小組之組成與審議小組第202次會議召開，核與前開審議辦法第9條及第10條之規定相符。

2. 本件審議小組之任務為判斷原告之受害情形與接種疫苗之關聯性，而非以醫學之特定領域之專業協助治療原告，故就參與第202次會議之審議小組委員僅須有判斷原告之受害情形與接種疫苗之關聯性已足。且兒科專科醫師之甄審範圍包括生長與發育、新生兒、感染、心臟、腎臟、血液、腫瘤、腸胃、遺傳、內分泌、新陳代謝、免疫、過敏、類風濕、神經、精神、預防醫學及其他兒科相關醫學等情，此參臺灣兒科醫學會專科醫師甄審原則第4條可資證明。從而，小兒科範圍已包含所有預防接種後可能發生不良反應之人體器官系

統，因此，兒科專科醫師自有判斷接種系爭疫苗與不良反應關聯性與否之專業；況依照疾管署所公布我國現行兒童預防接種時程，新生兒自出生時起本須持續、長期接種各類疫苗，自難謂兒科專科醫師無法審議成人之疫苗接種不良反應。再者，就第202次會議之委員亦包含神經科專業之專家「洪焜隆及陳錫洲」二位委員，感染科專業亦已有「邱南昌及陳志榮」二位委員參與會議（見本院卷第103頁），足認審議小組之該次會議之列席委員已有專業知識判斷原告之腦膿瘍與接種疫苗之關聯性。

3. 本件審議小組第202次會議係於112年5月18日召開，被告於召開第202次會議審議前，業將個案初步鑑定書及病歷資料等相關會議資料，於會議前提交審議小組委員先行閱覽，並有開會通知單（見本院卷第305頁）及會議資料（見本院卷第307頁至第314頁）可稽。依前開會議資料，涵蓋初步鑑定意見及就醫過程整理，包含就醫之時間、過程及症狀摘要，並註明出處，該等出處核與原告申請書及就診病歷內容相符，堪認被告確有提供初步鑑定書及相關病歷資料等會議資料供審議小組委員開會審議。又上開會議中有具有醫學專業背景之成員甚多，應可達到凝聚醫學專業共識，至於未具備醫學專業之審議委員亦可透過事前初步鑑定意見及會中與醫學專業委員及出席成員討論過程中，同步對個案之因果關係判斷達成心證及取得共識決，故原告雖主張線上會議時間過短無法對多個個案進行實質討論，應無足採。況由前開程序可知，委員審查時間非僅侷限於審議小組會議召開期間，具有醫學背景之委員透過事前閱讀相關資料，對於個案之關聯性認定應有一定之掌握，若仍有疑義本於其專業亦可於各自所參與之時間內即時提出疑義並透過委員彼此間討論得出共識，自無從徒以會議時間長短為由，而臆測審議小組委員未為實質討論。另於會議時彼此均取得共識，尚不得僅以該會議紀錄未記載委員討論情形，即認其未經實質審議，構成違法；且因第202次會議的每則案件複雜程度不一，亦不能僅

以平均值來認定每案之討論時間，故尚不得僅以審議平均時間過短或會議紀錄僅簡要結論為由，而認該程序非屬正當而違法。

4.本件被告為求審慎，已將原告之相關申請資料送請審議小組指定之2位醫學委員及1位法律/社會公正人士委員先行調查研究並做成「衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書」（含法律/社會公正人士委員建議表，見原處分卷第573頁至582頁），再將其所作之初步鑑定意見及相關資料卷證，提交審議小組會議審議。審議小組參酌其申請書之陳述、就醫與預後情形、病歷和檢驗報告，就原告受害就醫過程、醫療處置、實際傷害、死亡或致身心障礙程度、與預防接種之關聯性及其他相關事項審定，並載明「個案之症狀與接種COVID-19疫苗（Moderna）無關，依據審議辦法第17條第1款規定，不予救濟。」（見原處分卷第531頁）。可見審議小組於研判原告就醫紀錄及病歷資料為詳細探討，其審議程序（包括但不限於出席、審查及決議），核與前揭傳染病防治法及審議辦法規定相符。

5.綜上，足見原告此部分之主張，不足採信。

㈤原告又主張：原告於111年3月24日當天所作腦部穿刺手術之手術記錄單與病理組織切片報告與後續住院至出院所作各項檢查之結果，顯示原告不是腦瘤，被告以疑似腦瘤爲依據作判定是違反法律與醫學實證的云云。惟查，

1.審議小組依據原告就醫紀錄及臨床檢驗結果，鑑定審議原告有腦瘤或腦膿瘍情形，並未特指腦瘤為引起原告症狀之唯一原因；如以接種（Moderna）2日後開始出現無力症狀，但腫瘤非屬短時間可形成之病理變化；如以腦膿瘍為造成症狀原因，原告血液細菌培養結果為凝集酶陰性之葡萄球菌，而COVID-19疫苗（Moderna）係屬mRNA疫苗，不含活性減毒之病原，無法造成感染症。審議小組經綜合研判，認定原告之症狀已透過就醫紀錄與臨床檢查顯示為其他原因所致，與接種

COVID-19疫苗（Moderna）無關，業如前述，核與論理及證據法則無違。

2.又原告於接種COVID-19疫苗（Moderna）前已有飲酒過度（alcoholism）、十二指腸潰瘍（duodenalulcer,DU）、胃食道逆流症（GERD）、創傷性蜘蛛膜下腔出血/硬腦膜下血腫（traumaticSAH/SDH）等疾病史（見原處分卷第30頁、第34頁、第36頁），且原告就醫後腦部磁振造影檢查結果記載左基底核有疑似病灶伴週邊水腫(suspicious lesion with perifocal edema in the left basal ganglion)（見原處分卷第368頁）、左顳葉及左額葉有陳舊性損傷(old insults in left temporal and left frontal lobes)、右側顳骨和頂骨陳舊性骨折(old fractures at right temporal and parietal bones)、雙側頸內動脈和椎基底動脈粥狀硬化(atherbsclerosis of bilateral internal carotid and vertebrobasilar arteries)（見原處分卷第124頁）。綜上，原告腦部有陳舊性損傷及骨折之狀況，及飲酒過度之疾病史，與腦膿瘍常見之危險因子相符，故原告主張無任何慢性疾病乙節，與事實不符。又腦膿瘍病程早期多為非特異性症狀，如頭痛、發燒、局部神經學徵候等，只有20%左右患者需住院，故腦膿瘍病程早期症狀未必會影響到患者正常生活，故原告主張接種疫苗前無腦部症狀，仍能正常工作乙節，容有誤解，核不足採。

3.綜上，足見原告此部分之主張，不足採信。

㈥原告復主張：原告於111年3月24日病理組織切片報告並未查出凝集酶陰性之葡萄球菌，從進入成大醫院手術以及後續住院期間共作11套病菌檢查，排除腦瘤及凝集酶陰性之葡萄球菌之可能性；又被告審定本件時沒有提及111年3月24日原告手術時最真實且最有力的組織切片報告結果，故意隱匿真實病歷資料，有引導誤判之嫌疑云云。惟查，

1.依原告111年3月24日病理組織切片報告記載血管週邊中性球浸潤併神經膠變性（Perivascular neutrophilic infilt

ration with gliosis）（見原處分卷第364頁），格蘭氏染色無法說明浸潤之特異性感染源（the Gram stain fails todemonstrate specific infectious pathogens in the infiltration）；免疫組織化學顯示巨細胞病毒及帶狀疱疹染色均為陰性（Immunohistochemically,the cytomegalovirus and herpes simplex virus stains show negative findings），薄壁組織有一些非特異性P16陽性細胞(there are a few non-specific P16-positive cells in the parenchyma），中性球浸潤是感染發炎之症狀，病理組織切片報告顯示原告腦部有發炎情形，但無法找出明確病因。復據病歷記載，醫師使用萬古黴素及頭孢他啶治療原告之腦膿瘍（見原處分卷第120頁），且於病房之病患接收接收紀錄中又記載萬古黴素用於凝集酶陰性之葡萄球菌（見原處分卷第156頁），故推斷凝集酶陰性之葡萄球菌可能引起腦膿瘍，並未違反經驗及論理法則。

2.又原告之腦膿瘍症狀於醫師使用抗生素治療後有所改善（Followed brain magnetic resonance imaging(MRI)on 4/18 showed mild improving abscess……We initially decided to keep antibiotics treatment till 5/5）（見原處分卷第120頁）。另查111年3月25日至同年4月26日神經外科抗生素照會紀錄，臨床醫師表示縱使檢驗與病理檢查結果尚未有支持之微生物學證據，仍主張腦膿瘍之感染症診斷為其使用抗生素之理由，且該臨床處置亦獲感染科醫師之支持（見原處分卷第214頁至224頁）。況依據原告就診紀錄、檢查報告觀察及病歷記載之治療方法，縱使感染原縱非凝集酶陰性之葡萄球菌，亦不排除存在其他感染原之可能性，故如推斷為凝集酶陰性之葡萄球菌或其他病原感染引起腦膿瘍，亦未違反經驗及論理法則。至原告主張之111年3月24日之病理組織切片報告及原告所附之細菌檢查報告，事證內容皆已於病歷資料內所載；審議小組以原告之病

歷資料、臨床表現及相關檢驗結果綜合研判，業如前述，並無原告主張故意隱匿真實病歷資料之情形。

3.綜上，足見原告此部分之主張，並非可採。

㈦原告再主張：英國關於施打mRNA疫苗（BNT）不良反應通報，所作的案例系列藥物分析列印之資料，可證明mRNA疫苗並非原處分機關所述莫德納疫苗屬於mRNA疫苗，不含活性減毒之病原無法造成感染症云云。惟查，系爭疫苗（Moderna）係屬mRNA疫苗，其經肌肉注射方式進入人體細胞後，可藉由核醣體轉譯作用合成SARS-COV-2病毒的棘突蛋白，用來作為誘發人體抗體免疫反應之抗原（見原處分卷第18頁），進入細胞後的mRNA不會進入細胞核或與人體的基因產生交互作用，亦無法進行複製（見原處分卷第23頁），故mRNA疫苗本身不含任何具複製力之病毒或其他可造成人體感染之病原體，故由疫苗原理觀之，原告接種系爭疫苗與前開腦膿瘍成因之感染無任何關係，故原告推斷係因接種系爭疫苗致生原告有腦膿瘍之受害情形，核與醫學常理不符。足見原告此部分之主張，洵非可採。

㈧原告另主張：據所查資料顯示，2022年美國內華達州南部兒童罕見危及生命腦膿腫數量增加兩倍多，而且接受採訪兩位醫生表明系爭疫苗可能是一個因素云云。惟查，

1.原告所提資料「獨家：兒童罕見腦部感染激增引發的問題多於答案」乙節係屬新聞報導，非審議辦法第13條第2項所定之醫學實證，尚難執為本案審議小組判斷之論據。按接種疫苗後出現症狀，僅表示兩者間有前後時間關係，而非當然有因果關聯，前後時間關係為證明因果關聯性之必要條件，但非充分條件，關於因果關聯性之鑑定依法仍須審酌疫苗及個案之病症病程、疑似受害人接種前後之病史、病理機轉及相關醫學實證等因素而為因果關聯性之研判。

2.原告就醫後之腦部磁振造影顯示其病灶已有2.7公分（見原處分第第144頁），依111年3月23日會診神經外科病歷記載，疑似腦膿瘍或肉芽腫（intracranialabscessandgranul

oma）（見原處分卷第47頁）。依前開致病機轉可知，如腦膿瘍係因病原體進入人體後，經複製繁殖而引發感染症狀且形成膿瘍，需經一定時間。依醫學常理，病灶已有2.7公分，故該病程應為接種疫苗前即已發生。從而，審議小組以依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，鑑定審議原告因腦部感染引起腦膿瘍並非接種COVID-19疫苗（Moderna）所致，核與論理及證據法則無違。

3.綜上，足見原告此部分之主張，亦非可採。

五、綜上所述，原告主張各節，均無可採。本件被告所為原處分，並無違誤，訴願決定遞予維持，亦無不合。原告仍執前詞，訴請如訴之聲明所示，為無理由，應予駁回。

六、本件事證已臻明確，至原告聲請本院函詢成大醫院田智豪主治醫師，本件原告於111年3月24日進行腦部手術後，對於腦部取出之膿瘍進行培養，有無發現微生物或證明有所感染？造成原告發生腦膿瘍之原因為何？原告之受害情形與疫苗之關聯性？等事項，以資證明原告腦部膿瘍未培養出任何微生物、原告自身不存在足以導致發生本次受害情形之原因、本件無法認定與疫苗無關等事實。惟查，本案經審議小組第202次會議審議，已依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，原告接種疫苗後2日出現疲倦與肢體無力等症狀，就醫後影像學檢查與病理切片結果顯示疑似腦膿瘍或腦瘤，而COVID-19疫苗係屬mRNA疫苗，並不具致病力，不會造成感染症，又腫瘤非短時間可形成之病理變化；綜上所述原告之症狀與接種COVID-19疫苗(Moderna)無關，爰依審議辦法第17條第1款規定，決議不予救濟。而被告據此所作成原處分，並無違誤，業如前述，故本院認原告此部分之聲請，核無必要；又兩造其餘攻擊防禦方法均與本件判決結果不生影響，故不逐一論述，併此敘明。

據上論結，本件原告之訴為無理由，依行政訴訟法第98條第1項前段，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　5　　月　　1　　日

審判長法　官　蕭忠仁

法　官　羅月君

法　官　許麗華

一、上為正本係照原本作成。

二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附繕本）。

三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，逕以裁定駁回。

四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。

得不委任律師為訴訟代理人之情形	所　需　要　件
㈠符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1.上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。 2.稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。 3.專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
㈡非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當	1.上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2.稅務行政事件，具備會計師資格者。

者，亦得為上訴審訴訟代理人	3. 專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4. 上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
是否符合㈠、㈡之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出㈡所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　114　　年　　5　　月　　1　　日

書記官　劉道文