臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第四庭
113年度訴字第892號
114年7月10日辯論終結

原　　告　林幸杰
　　林美芳
　　林毓真
　　林蔚婷
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
　　蘇怡文　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29日院臺訴字第1135010495號訴願決定，提起行政訴訟，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

甲、程序部分：

壹、按「訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但經被告同意或行政法院認為適當者，不在此限。」「被告於訴之變更或追加無異議，而為本案之言詞辯論者，視為同意變更或追加。」「有下列情形之一者，訴之變更或追加，應予准許：……二、訴訟標的之請求雖有變更，但其請求之基礎不變。……」行政訴訟法第111條第1項、第2項及第3項第2款分別定有明文。

貳、本件起訴時，原由林幸杰、林美芳為原告，嗣於訴訟進行中再具狀追加原告林毓真、林蔚婷（見本院卷一第317至319

頁），經核原告上揭訴之追加，係本於同一基礎事實，無礙被告先前所為之攻擊防禦，依前揭規定，應予准許。

參、原告訴之聲明原為：「一、訴願決定及原處分均撤銷。二、被告對於原告111年3月25日之申請，應作成准予補償給付之行政處分。三、訴訟費用由被告負擔。」（見本院卷一第11頁）。嗣原告於民國（下同）114年2月5日本院準備程序中變更聲明為：「一、訴願決定及原處分均撤銷。二、被告對於原告111年3月25日之申請，應作成准予補償給付新臺幣600萬元之行政處分。三、訴訟費用由被告負擔。」（見本院卷一第254頁），又以114年7月2日（本院收文日）行政訴訟補充理由（三）狀變更聲明為：「一、訴願決定及原處分均撤銷。二、被告對於原告111年3月25日之申請，應作成准予新臺幣600萬元補償給付之行政處分。三、訴訟費用由被告負擔。」（見本院卷二第125頁）。核其追加及變更訴之聲明內容尚在本件固有審理範圍，無礙兩造前就本件實體爭點已為之攻擊防禦方法及證據資料之實效性，是基於程序經濟，本院認原告所為訴之變更追加，洵屬適當，應予准許。

肆、原告林幸杰、林毓真、林蔚婷受合法通知，無正當理由未於言詞辯論期日到場，核無民事訴訟法第386條各款所列情形，爰依行政訴訟法第218條準用民事訴訟法第385條第1項前段之規定，由被告聲請而為一造辯論判決。

乙、實體事項：

壹、事實概要：

原告林幸杰之配偶黃妙隱（下稱黃君）96年間罹患乳癌，追蹤未復發，於111年1月12日經臺中澄清綜合醫院（下稱澄清綜合醫院）洗腎醫師評估洗腎狀況穩定，主動建議接種COVID-19疫苗（Moderna，下稱系爭疫苗），爰當日接種該疫苗第1劑；111年1月14日進食及管灌均嘔吐、全身痠痛、微燒、血壓偏高；111年1月17日血壓飆高、高燒、呼吸急促、頻繁嘔吐，急診診斷為吸入性肺炎及泌尿道感染；111年1月29日癲癇發作、喪失意識，入住加護病房，診斷為癲癇、腦

病變合併意識障礙；111年2月5日昏迷及陸續癲癇；111年2月9日轉送臺中榮民總醫院神經內科，仍無意識，且期間反覆發燒、發炎指數高，經檢查癌細胞已於腹腔擴散。黃君之女即原告林美芳以法定代理人身分併同黃君具名，於111年3月25日以疑因預防接種系爭疫苗致不良反應為由，申請預防接種受害救濟（下稱障礙給付申請）。嗣黃君111年4月28日轉回澄清綜合醫院神經內科治療，並於111年5月10日死亡，經原告林幸杰以繼承人身分於同年8月22日，以黃君疑因預防接種系爭疫苗死亡，另申請預防接種受害救濟（下稱死亡給付申請）。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12月21日第216次會議（下稱第216次會議）審議結果，以依病歷資料記載、臨床表現、相關檢驗結果等研判，黃君具乳癌、末期腎病與反覆性感染症等多重慢性病史，接種疫苗後因呼吸喘、頭暈與嘔吐等症狀而就醫，經診斷為乳癌轉移合併感染症；而系爭疫苗係屬mRNA疫苗，並不具致病力，不會造成感染症，後續黃君因感染症死亡，其症狀及死因與其潛在疾病惡化及感染症有關，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（下稱受害救濟辦法）第17條第1款規定，不予救濟。被告於113年1月23日以衛授疾字第0000000000號函（下稱原處分）檢送審議小組第216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），由該會據於同日以（113）國醫生技字第0000000000號函通知原告林幸杰審定結果。原告林幸杰不服，提起訴願，業經行政院113年5月29日院臺訴字第0000000000號訴願決定（下稱訴願決定）駁回，原告等仍不服，遂提起本件行政訴訟，求為撤銷訴願決定及原處分，並請求就障礙給付申請請求被告作成補償給付之行政處分。

貳、本件原告主張：

一、原告林幸杰為黃君之法定代理人，亦為本案之法定請求權人：

被告援引103年1月9日受害救濟辦法第8條修正理由，而認本件申請障礙給付之請求權人為黃君，因黃君已死亡而喪失請求權，乃有違母法規定。而修正理由雖謂：「…易遭誤解為法定代理人具有獨立請求權，而與民法規定不同，…」但此不以疑似受害人死亡，謂為無從補正，而消滅請求權為意。按國家賠償法施行細則第11條及民事訴訟法第73條規定，原告林幸杰已於111年8月22日自原告林美芳（甲證3-3，頁2），變更補正為黃君之法定代理人，進行本件救濟申請案，經被告委生策會發文通知原告林幸杰審定不符合（甲證3-4），確已認原告林幸杰為法定代理人，亦該為本件之法定請求權人。

二、審議小組處置黃君之案件，在指定申請救濟之不良反應標的：「昏迷呈植物人」的事實發生變更時，完全違反行政程序法第5條所定，行政行為之內容應明確之立意，且未依行政程序法第18條規定，通知當事人之法定代理人／繼承人，亦未獲得前述當事人同意，逕行修改指定申請救濟的不良反應標的「昏迷呈植物人」為「死亡」，洵有怠為處分、於法不合之之重大瑕疵。

三、被告應就「黃君之昏迷呈植物人」不良事件，善盡舉證之責任：

系爭疫苗施打之目的在於因應突發緊急公共衛生事件之公益考量，對於疫苗之安全性所知仍屬有限，疫苗之注射具有當今醫療技術、科學無法完全預測或全然發現之副作用或風險。惟預防接種之疫苗之選擇、獲得、保存及接種方式，並其安全評估，均在被告掌控範圍，原告係居於證據地位不平等之處境。當人民生命及身體因預防接種受侵害，此請求救濟補償權利之實現，顯受此不平等地位之影響，依於民事訴訟法第277條但書規定，於「依其情形顯失公平」的情況時，將客觀舉證責任倒置，即由被告負擔「黃君之昏送呈植物人」與「疫苗施打」之因果關係事實不明的不利益。

四、黃君在施打疫苗後的不良反應-急性腦病變症狀，與系爭疫苗具相關聯性：

（一）黃君救醫過程：

１、黃君於111年1月12日施打疫苗後，因不良反應急診入院，在院期間初期即排除黃君慢性病史相關症狀：（1）尿道感染已獲得有效控制，細菌培養皆呈陰性（甲證6頁6）；（2）末期腎臟病的尿毒代謝物，透過血液透析穩定代謝出體外，常態抽血指數皆正常。

２、嗣仍陸續癲癇發作，轉由神經內科專科全面接手治療，密集安排：

（1）EGG腦電波檢測，呈現：①非慢性腦病變所致之瀰漫性腦慢波形電波功能急劇退化，需臨床治療及進一步追蹤。②雙側同步癲癇樣放電。

（2）MRA磁振血管造影，所見：①瀰漫性腦萎縮伴隨腦室擴張。②雙側大腦白質高訊號改變，考慮神經膠質或脫髓鞘變化。③雙側皮質下白質出現微弱高瀰散訊號變化，不能排除代謝性或中毒性白質腦病變可能性。④懷疑雙側基底核陳舊性腔隙性梗塞。⑤雙側頸動脈粥樣硬化變化。

（3）NCV神經傳導速度檢查，呈現：感覺暨運動性多發性神經病變。然多次癲癇後，黃君於111年1月29日昏迷指數降至3（E1E1M1）呈「極重度障礙」植物人狀態。

（二）被告僅就出院診斷上列黃君罹患之慢性病之一即血管性失智（俗稱微血管中風）疾病，加上老化，唯二解釋黃君之NIID神經細胞核內包涵體癲癇症狀之致病因、及黃君之中樞神經系統加速退化、受損傷之病理機制，並無依法並直接證實系爭疫苗與上述兩者是否具關聯，難認有理由。

（三）依數篇基於人口群體或致病機轉為研究基礎的國外文獻，已清楚指出：COVID-19疫苗促使人體成為有利於發炎、和蛋白質錯誤折疊的環境，進而驅動了一些加速急性和慢性神經發炎反應有關的細胞激素，這些都是造成「神經退化

疾病」發生和進展的已知機制因素；或者以其他機制損害「中樞神經系統」功能。甚至這些文獻深究其中機制，進而了解到mRNA疫苗對「中樞神經系統」與「神經退化性疾病」（包括黃君另罹患的阿茲海默症）具潛在關聯的長期影響。足證。顯見被告主張黃君表現之NIID神經細胞核內包涵體疾病、癲癇症狀，及中樞神經系統加速退化，與系爭疫苗無關，即非無疑：

1、歐洲藥品管理局202可年對於COVID-19疫苗的評估（甲證3-6），明確指出疫苗中由脂質奈米顆粒（LNP）攜帶的mRNA可以穿越防禦中樞神經大腦的血腦屏障（blood/brainbarrier）（甲證3-6，頁3），已在大腦也能檢驗出COVID-19mRNA。由於觸發大腦的有害反應，不一定需要完整的病毒顆粒穿過。更甚之研究（甲證3-7）用放射性碘顯示COVID-19疫苗在體內製造的抗原棘蛋白之脫片S1蛋白，竟也一樣能穿越血腦屏障，並進入腦實質和組織液空間；且得證因而誘發神經炎症和以其他方式損害「中樞神經系統」功能。

2、分子醫學趨勢文獻COVID-19 mRNA疫苗的不良反應：棘蛋白假說（甲證3-8頁3），已經注意到接種疫苗後的不良反應，大多數也在COVID-19重症中很明顯。因此判斷它們與病毒和疫苗之間的共同點有關，即（1）病毒和疫苗引起的急性炎症--與所使用來運送mRNA的脂質奈米顆粒（LNP）的促炎作用有關；（2）和抗原棘蛋白及其脫落後的蛋白脫片S1蛋白在體內的獨特性、表現模式、結合樣態、促炎作用有關。於是文獻進一步對mRNA疫苗誘導的不良反應進行分子細胞的研究，並指COVID-19疫苗引發的不良反應，包括嚴重的臨床試驗表現，例如急性心肌梗死、腦靜脈竇血栓形成、心肌炎/心包炎（主要發生在年輕年齡）、肺栓塞、中風、血栓形成伴血小板減少綜合征、淋巴結病、闌尾炎、帶狀皰疹再啟動、顏面神經麻痺的貝爾麻痺、罕見的急性周邊神經病變格林-巴厘綜合征，及神

經系統併發症和自身免疫疾病（如：自身免疫性肝炎和自身免疫性周圍神經疾病）。現已知COVID-19疫苗的不良反應即包含多款神經性疾病。並按文獻中指出最新文獻更表明接受者出現神經系統併發症的風險增加。然這些急性和慢性神經病發症反應，都是已知造成「神經退化性疾病」發生和進展的機制因素，已顯見被告主張黃君相關神經退化性症狀（癲癇）和疾病（NIID神經細胞核內包涵體疾病），與系爭疫苗全然無關，似無可採。

3、牛津大學國際醫學期刊的文獻：COVID-19疫苗接種與阿茲海默症病程發展之間的潛在關聯（甲證3-9），鑑於近期研究趨勢關注於mRNA疫苗引發的強大免疫反應，是否導致「神經退化相關病程」的問題。學者提出以「神經退化疾病」阿茲海默症（AD）為研究目標，全面調查韓國首爾人口群體，在接種各式COVID-19疫苗者中，研究與「神經退化疾病」阿茲海默症病程發展的相關性。然選擇阿茲海默症這「神經退化疾病」為目標之原因，在其特徵是具有異常β澱粉樣蛋白（amyloid-beta）斑塊在大腦聚集沉澱。當mRNA疫苗如已知可穿透血腦屏障，則mRNA製造的棘細胞可能與β澱粉樣蛋白發生相互作用，影響到沉澱、及微神經膠質細胞（microglia）的活化。這樣的交互作用可能促使情況成為有利發炎和蛋白質錯誤折疊的環境，而加劇「神經退化疾病」阿茲海默症的病程發展，使認知能力更為下降（MCI）。研究結果顯示：純粹只接種mRNA新冠疫苗者，在12週即出現「神經退化疾病」阿茲海默症發病、和認知障礙都明顯高於未接種疫苗者。表明mRNA新冠疫苗確實與「神經退化疾病」阿茲海默症（AD）有潛在關聯性。

4、審查新冠疫苗接種後的神經系統副作用（A review of neurological side effects of COVID-19 vaccination，甲證4-1）文獻載明：「…施打新冠疫苗後，有時會在包括大腦、脊髓、腦神經和周邊神經，引發嚴重的急性神經

系統疾病的副作用，這些副作用已經被證實會對大腦的血管、代謝上、發炎機制、功能性方面產生影響…」。文獻並綜述出兩種主要的致病機制（異位免疫反應、分子模擬）。這些急性神經系統疾病包括：…脫髓鞘綜合症（demyelinating disorders）、腦病變（encephalopathy）和癲癇（seizures）發作。這些相關急性症狀的描述，可見於黃君腦病變檢查醫囑中。並指出這些神經系統疾病多會發生抽搐（convulsion），並說明原因是注射疫苗後，人體會自行合成、釋放病毒的棘蛋白（spike proteins），這會導致人體發炎、高熱。高熱又接續提高了大腦神經膠質細胞的活性。如此會更加通透保護大腦的血腦屏障（blood-brain barrier），致使周邊血球、血蛋白大量滲透進入大腦，破壞大腦的滲透平衡，引發抽搐。文獻並藉由施打新冠疫苗後具急性腦病變和癲癇的副作用者，在其腦脊髓液中發現：存在有刺蛋白結構或其碎片S1肽鏈的抗體，而驗證出施打新冠疫苗，會引發急性腦病變的可能機制是：周邊血球分泌的發炎介質，進入到被施打者的大腦及髓鞘內，會產生破壞影響，並使其神經軸突進行變性。並且加註說明其一副作用脫髓鞘症候群大多與mRNA疫苗有關。

5、綜上，可證黃君在施打疫苗後的不良反應-急性腦病變症狀，與系爭疫苗具相關聯性，並非如被告所辯是因黃君其自身的慢性病病症所致。慢性病係有較急性症狀更長時間的病程，而非如黃君急劇在數天後即直接惡化呈植物人這般快速的病程。

五、被告辯稱是因黃君舊疾尿毒症腦病等所致云云，經查：

（一）黃君110年9月7日至28日臺中榮總腎臟科出院病歷（甲證4-2）醫囑診斷清楚載明：根據病患女兒陳述，該年7月黃君曾發生昏厥自行甦醒，自此日常生活活動能力（ADL）和意識快速退化，生活部分依賴旁人。此次以急性腎臟病（Acute on CKD），合併尿毒症腦病（Uremic Encephalo

pathy）收治入台中榮總腎臟科治療。【處置】緊急血液透析（H/D）洗腎，意識緩慢恢復，自指數7（E1V1M5）至指數8（E2V1M5）。期間（9月14日至9月17日）暫停洗腎又復發尿毒症腦病意識不清。現在週二、六固定洗腎下，病患意識已持續恢復穩定。故不排除此病因為尿毒症腦病（r/o Uremic Encephalopathy）。至於住院僅21天，何來主訴-意識障礙持續2個月？諮詢了解，是參照病患女兒的陳述：上一次昏厥是7月，至這次昏厥9月7日入院，約2個月的一種簡述方式。

（二）前次黃君昏迷入院的過程，不難可見醫療科學診斷的邏輯首先嘗試血液透析洗腎，增加洗腎天數，直致能將黃君體內之尿毒代謝物排除乾淨止，逐使黃君能漸漸甦醒（昏迷從指數7【E1V1M5】，上升到8【E2V1M5】），證明醫療處置初步方向無誤。再者取消該醫療處置措施後，病症再度復發，更確定不排除病肇為「尿毒症腦病」而昏迷。而在9月7日這次血液透析前，黃君從未被採取血液透析這種治療方式來處置，洵可理解在此前的1年間黃君尿毒代謝物已自難完全代謝乾淨，而陸續產生發燒發炎感染繼而入院的情況，亦非不同。

（三）依據臺中榮總腎臟科出院病歷（甲證4-2）醫囑所載，黃君的前次昏迷與本案存在有許多不同的前提要件、不同的細節症狀、病程長短不一，根本屬於完全不同的醫療事件。顯見被告庭上所述不可採。

１、單就現今血液透析洗腎技術，即可完全代謝乾淨洗腎患者體內的尿毒物質，絕非被告所述係為黃君之舊疾尿毒症所致腦病變，才昏迷呈植物人。

２、況且尿毒症腦病變的治療方式，在期初當將有毒代謝物排除，即可漸漸緩解症狀。但黃君體內的尿毒代謝物指數，自施打疫苗不良反應急診入院時即屬正常，後也仍持續每週3天洗腎，卻絲毫不見昏迷緩解之況，實可排除與尿毒症有關。

３、另治療期間，已醫療處置了黃君的所有舊疾慢性疾症，使之呈穩定後，仍有不斷頻繁增加的癲癇表現，就可見其舊疾根本並非這次癲癇昏迷的根本病因，洵為有據。

４、兩次皆由醫療專業判斷收治，前次收治入腎臟科；但本次卻由兩間醫院澄清醫院神經內科、臺中榮總神經內科收治長期治療，洵屬可採本次實屬施打系爭疫苗後的急性神經系統副作用-癲癲、腦病變。

六、審議小組係基於錯誤之資料所作之第216次會議審議結果，顯有重大瑕疵，且無從補正，應予以撤銷：

（一）原告於111年3月25日之救濟申請（乙證1-5）、113年2月29之訴願請求（甲證2-1）、及113年7月29日訴訟理由（甲證2-2），原告主訴皆清楚陳述：申請救濟僅針對黃君於111年1月12日接種系爭疫苗初期，臨床即有仿單中典型的多種不良反應，入澄清醫院積極治療時，陸續癲癇，數天後旋即昏迷指數只剩下3（E1V1M1）「黃君呈植物人」這等嚴重不良預防接種受害事件。並顯由澄清醫院神經內科江東樺主任察覺異常，認為此非慢性疾病病程所致，懷疑有其他急性原因影響，密集安排兩次臨床腦電波檢驗，明文記載於病歷中：黃君腦部中樞神經有明顯且急速惡化之急性情形（請參原告起訴狀證7，頁1、2）。

（二）原告親護下，很清楚黃君死亡之因，從未究「預防接種」與「黃君死亡」之因果關係，進行申請救濟。因原告知曉後續黃君之死因，係因其體弱病情惡化之果，與系爭疫苗顯無相關，並無究此申請救濟之意。原告不僅於救濟申請之不良反應症狀及暨病情發展中指摘出「黃君喪失意識」請求救濟（即編號7209號申請案；可參照乙證1-5）；也於訴願書之事實理由中明文請求就「黃君陷於重度昏迷」、「黃君昏迷呈植物人」（甲證2-1）提起訴願，駁回原處分；更於起訴狀中再次重申被告所屬審議小組基於錯誤的資訊所作之216次審議結果，應不可採（起訴狀頁5、6）。然被告多次無從補正，嫌有故意模糊焦點，將黃

君自身免疫降低，而引發感染症、及慢性病惡化之果，錯誤引導救濟主訴之不良事件調查，導致偏頗的審議。

（三）被告依據黃君受害昏迷後，體弱併發感染暨惡化之果「死亡」這終點時間的死亡診斷書，參酌其上載之黃君多項慢性病，來回溯反證接種系爭疫苗初期「黃君昏迷呈植物人」不良事件的病因，不具任何證據價值。係因「黃君昏迷呈植物人」與「黃君之死亡」僅時間序關係，甚者僅條件因果關係等，如此無據之證明，而作出審議判斷之述「個案『症狀』及『死因』，與其潛在疾病惡化及感染症有關，與接種COVID-19疫苗（Moderna）無關」。將不良事件「症狀」與疫苗接種關聯性之證明，與非莫德納疫苗所致之「死亡」，共為「無關」之結論綑綁在一起，視為同樣「無關」，不僅毫無專業嚴謹之態度，並有惡意掩蓋事實之嫌，違反「法律明確性之要求」，而使行政主管機關恣意濫用其判斷餘地，存有嚴重違法之情事。

（四）醫學論文COVID-19mRNA疫苗接種導致中樞神經系統發炎：病例系列（證11頁1、2）報告指出接受COVID-19疫苗的臨床和核磁共振（MRI）的特徵，在第一劑或第二劑疫苗幾週內，出現一致性的新發現中樞神經系統症狀、或中樞神經系統症狀惡化。指出需要進行大型前瞻性研究，來確定COVID-19疫苗與急性中樞神經系統發炎之間的關係。是黃君在暴露於系爭疫苗前，已罹患多種中樞神經病變，被告卻速斷黃君之受害情形與接種系爭疫苗無任何可能加劇黃君中樞神經相關病變，其急性中樞神經變化之不良醫療事件TEAE與系爭疫苗無關，全無詳實之理由與論述，應屬有誤。

（五）國外文獻Medical Aspects of the Persistent Vegetative State（PVS植物人的醫學問題）中，為引發植物人的病因，所做之表2可證（甲證2-2），表2中並無任何被告曾述與「症狀」相關之病因雷同的，可見被告之證據容有疑義。

1、被告述：「查個案具乳癌、末期腎臟病與反覆性感染多重慢性病史，接種疫苗後呼吸喘、頭暈及嘔吐等症狀就醫，經診斷為乳癌轉移合併感染症」。表2中並無乳癌、泌尿道感染，黃君也未查有腦腫瘤。（參原告起訴狀證6之頁6，可知此處感染症係指泌尿道感染）

2、被告述：「個案『症狀』及『死因』，與其潛在疾病惡化及感染症有關，與接種COVID-19疫苗（Moderna）無關」、「惟查個案具乳癌、末期腎臟病與反覆性感染多重慢性病史」表2中並無乳癌、末期腎臟病、或泌尿道感染。

七、被告無視受害之病程連貫性，而將黃君疫苗後之受害情形加以切割，邏輯上不符合常理而有所違誤：

依一般經驗之智識，當急性疾病發生時或慢性疾病惡化病程，症狀通常由輕而重，有其病程，及症狀變化應可識別，因此整個病程與病狀應「不可分且應認為有連貫性」而屬於同一疾病之進程。然而，被告將黃君施打系爭疫苗所生之病症作切割，而無視症狀發生之進程與連貫性，無異有是先畫靶再射箭，是顯不合邏輯。故黃君施打系爭疫苗翌日起所發生之頭痛、肌肉痠痛、高血壓、嘔吐症狀，自不可與後續出現的不良醫學事件TEAE中樞神經病變急遽持續惡化作切割，而應是為同一受害之發病進程，且逐漸加劇其症。

八、黃君係因接種系爭疫苗所產生之受害，被告應依法作成核准救濟之決定：

黃君接種系爭疫苗前已罹患多種中樞神經病變，自接種系爭系爭疫苗翌日起即陸續產生持續發燒、連續嘔吐、血壓飆高不止、肌肉與關節疼痛等症狀，加上從黃君整個病程觀之，可知黃君係於時間緊密、相當且無其他外在因素影響下，因接種系爭疫苗使得原告體內產生強烈之免疫風暴，故訴願決定及原處分應撤銷，而應依傳染病防治第30條及受害救濟辦法，對原告作成准予補償給付之行政處分等語。

九、並聲明：

（一）訴願決定及原處分均撤銷。

（二）被告對於原告111年3月25日之申請，應作成准予新臺幣600萬元補償給付之行政處分。

（三）訴訟費用由被告負擔。

參、被告則以：

一、依受害救濟辦法第5條第2款規定，預防接種受害救濟障礙給付（下稱障礙給付）請求權人限於「疑似受害人」，而原告僅為法定繼承人，而非疑似受害人，欠缺當事人適格；且障礙給付之請求權具有高度人身專屬性，其成立依賴受害人處於生存之前提。倘於主管機關核定前受害人即死亡，該請求權即告消滅，無從轉化為可繼承之金錢請求權：

（一）障礙給付之主要目的，在保障被保險人基本生活所需，係以生活照護為導向，並非純然財產給付：

１、參酌99年2月12日修正受害救濟辦法第7條規定之障礙給付立法理由可知：「而疑因預防接種致受身心障礙，則需支付後續就醫、復健相關費用，形成家庭經濟之沉重負擔，另為避免該等不良反應事件，影響預防接種政策之推行，為能合理反應預防接種受害救濟個案上之精神上負擔及醫療費用，爰予調高第一項第一款、第二款之給付額度上限，期使預防接種受害救濟個案能得到合理之救濟。」此外，103年1月9日修正受害救濟辦法第7條立法理由亦明載（參乙證12）：「為反應實務上障礙及嚴重疾病所衍生之長期醫療照護費用與工作損失情形，爰將障礙給付上限提高至與死亡給付一致；嚴重疾病於相關及無法排除之給付上限則提高至新臺幣300萬元及120萬元。」

２、準此，受害救濟辦法第5條規定之「障礙給付」，係保障疑似受害人因疫苗接種反應影響其生活之所需，對於疑似受害人而言，在填補因疫苗接種不良反應障礙後因工作能力損失致經濟收入不足以維持其基本生活之用，或增加生活上需要之支出，亦即在維持其因不良反應所生障礙後至死亡前之一定期間內基本生活所需。其給付目的在照顧受

害人在因不良反應所生障礙後尚能如一般人繼續生活為前提，故應認預防接種受害救濟疑似受害人關於障礙給付之請求權專屬疑似受害人本身，非保障受害繼承人之生活，如受害人已死亡，即無受領障礙給付之實益。

3、最高行政法院判決明確揭示以生活照護為導向之給付，旨在保障「受害人本人之基本生存權利」，與民法上之繼承財產有所別，有最高行政法院103年度判字第73號判決、112年度上字第87號判決可參。

（二）障礙給付具一身專屬性，當黃君死亡即消滅，繼承人無權繼承：

1、依受害救濟辦法第5條第2款規定，障礙給付之申請人僅限「受害人本人」、「法定代理人」，明文排除第三人或繼承人作為請求主體，表示障礙給付係依附於受害人存續之人身狀態，具高度專屬性。反觀同條第1款所定「死亡給付」，明確列舉「法定繼承人」為請求權人，表示立法者有意區分兩者性質與繼承之可能性：死亡給付原本即為繼承人設計，障礙給付則否。

2、在主管機關完成審議並作成核定處分前，預防接種受害救濟受害人僅有提出申請之「程序權利」，尚未取得具體之金錢請求權。而根據民法第1148條規定，繼承僅及於被繼承人「財產上之權利義務」，程序性申請權並非具有獨立財產價值之權利，自不在繼承範圍內。

3、依民法第6條規定，權利能力隨死亡而消滅。障礙給付請求權依附於受害人「生存且受障礙」之事實狀態，當受害人死亡時，請求權基礎即不復存在。倘主管機關於其死亡後始作成核定處分，因無適格相對人，該處分應為無效或可撤銷，更無於訴訟中再給予給付之可能性。

（三）障礙給付與侵權行為損害賠償不同，無從類推適用民法第195條第2項規定：

1、障礙給付屬公法上之特別犧牲補償，其核心在於國家基於疫苗接種之公共利益與風險社會化分攤原則，屬於公法上

之財產給付，不以違法性或過失責任為要件。此與民法第195條所建構之侵權行為損害賠償制度（以故意過失、不法行為、因果關係為基礎）本質迥然不同，法律效果不得混用。

2、若允許障礙給付類推適用民法第195條第2項規定，即破壞立法者針對疫苗事故所設計之「障礙給付／死亡給付」分流機制，使原本互斥、互補的補償制度界線盡失。此一界線若遭破壞，繼承人將可能先請求被繼承人之障礙給付，復又申請死亡給付，導致同一疫苗事故重複補償，構成不當得利，並將排擠原為重大傷病或死亡設計之救濟資源，悖離預防接種受害救濟制度之立法目的。

（四）原告不爭執黃君死因與其接種疫苗無關，並確認不請求111年8月22日申請之「死亡給付」，反而請求111年3月25日代理黃君本人名義申請之「障礙給付」，然黃君於原處分、訴願決定作成前及起訴前之111年5月10日即死亡，此有澄清綜合醫院診斷證明書可稽（乙證5第2之1冊第25頁），就其向被告請求「障礙給付」之行政程序終結前即無當事人能力（參行政程序法第22條第1項規定參照），縱如原告所述，「障礙給付」方為本件原告訴訟行為主張，亦無得因黃君之法定繼承人承受訴訟追認而溯及於行為時發生效力，亦無從補正，其當事人適格顯有欠缺（最高行政法院104年度判字第754號判決參照），故被告縱依原告111年3月25日之申請作成「障礙給付」之准駁處分，依本院105年度訴字第993號判決意旨，亦不生任何效力，為保障原告權益，原處分以原告林幸杰以法定繼承人身分於111年8月22日申請之「死亡給付」論斷，於法自屬有據，並無基於任何錯誤資訊，依法本無從論及系爭疫苗與「黃君為植物人」間之障礙情狀之關聯性。

（五）承上，黃君方為系爭疫苗接種之疑似受害人，至於原告林幸杰、林美芳是黃君之配偶、女兒，並非疑似受害人。依受害救濟辦法第5條規定，申請障礙給付者必須是預防接

種疫苗的疑似受害人即黃君本人，不能以法定代理人或法定繼承人名義為之，至於原告林幸杰、林美芳既然沒有接種系爭疫苗，就不是疑似受害人，明顯與申請要件不符，亦非該項給付之法定請求權人，原告林幸杰既沒有提起111年3月25日之申請，原告林幸杰、林美芳都不是111年3月25日之申請案之當事人，亦非「障礙給付」之請求權人，且同前述，行政程序終結前，黃君已因死亡而喪失當事人能力，無從補正，故原告臨訟以請求「障礙給付」主張本件課予義務之訴及附帶請求撤銷訴願決定及原處分，並無權利保護之必要而均無理由，依行政訴訟法第107條第3項第1款規定，應予判決駁回。

二、本件涉醫學專業判斷認定接種系爭疫苗與黃君受害情形之關聯性，核屬被告之判斷餘地，行政法院應尊重其判斷：

（一）行政機關下設委員會作成之審議結果，基於尊重其不可替代性、專業性及法律授權之專屬性，就醫學專業判斷，應享有判斷餘地，最高行政法院109年度判字第431號判決及108年度上字第1072號判決意旨參照。

（二）本件審議小組於112年12月21日第216次會議審議原告申請案，當時審議小組由召集人等共24人組成，其中包括感染症、神經學、病理學、心臟、血液疾病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，其中女性委員有8人，單一性別未少於3分之1，法界、社會公正人士亦有8人，合計亦未少於3分之1，此有111至112年度審議小組委員名單可稽（乙證7），且依會議紀錄可知，第216次審議小組會議係由召集人邱南昌主持，並擔任主席（參乙證1）。據此，審議小組之組成與審議小組第216次會議召開，實係植基於傳染病防治法第30條第4項之授權，並與受害救濟辦法第10條所定之法定組成方式相符。

（三）次查，關於本件申請案之審議程序，被告為求審慎，於接獲本件申請後，即先蒐集原告申請資料，包含黃君之就醫

紀錄、相關檢查及檢驗結果等，依受害救濟辦法第10條規定，送請審議小組指定之鑑定委員先行調查研究並作成「衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書」（參乙證9），再將其所作之初步鑑定意見及相關資料卷證，提交審議小組會議進行綜合討論，故審議小組係依據原告所提黃君疑似受害事實之相關資料，包含申請書之陳述、就醫情形、病歷和檢驗報告，以及接種疫苗之特性等，基於委員個別學術專業、相關醫學資料或文獻及臨床經驗，釐清受害事實與預防接種間之關聯性（參乙證1）。據此可知，審議小組之審議程序（包括但不限於出席、審查及決議），核與前揭傳染病防治法及受害救濟辦法規定相符。

（四）準此，本件審議小組係合法組成，並植基法定程序，本於原告提供之發病過程、病歷資料、臨床表現及檢驗結果，依據醫學專業知識綜合研判作成本件審定結果，故依司法實務見解（最高行政法院109年度判字第431號、108年度上字第1072號判決），審定結果之作成核屬被告之判斷餘地，僅於被告之判斷有恣意濫用及其他違法情事時，法院始有介入審查之空間。

三、依黃君病歷資料顯示，與其中風、失智症及第五期慢性腎臟病等有關，而與接種系爭疫苗無關：

（一）黃君「癲癇」部分：

1、黃君在接種疫苗前已有癲癇病史，病歷明載黃君在110年8月就出現癲癇症狀，並且病歷亦記載中風後癲癇（Epilepsy post stroke，參澄清綜合醫院出院病歷摘要「出院診斷」欄第4點，乙證14）。

2、腦中風本屬癲癇最主要原因之一，中風的倖存者因為腦細胞受損成為癲癇的高危險族群（參乙證15）。故黃君癲癇發作之原因與既往中風有關，顯示其中樞神經系統早已受損，足以說明黃君在接種前即存在中樞神經系統損傷，準此，黃君於接種疫苗前就因中風而有癲癇情形，且因本身

亦因中風而導致的腦細胞受損，屬於癲癇高危險族群，故黃君之癲癇與接種疫苗間並無因果關係。

3、又觀諸病歷記載可知，黃君在接種疫苗前（110年8月）已被診斷罹患失智症（dementia，參澄清綜合醫院出院病歷摘要「出院診斷」欄第5點，乙證14），此為常見之腦部退化性疾病（屬神經退化性疾病之一種），所謂神經退化性疾病係指中樞神經系統逐漸受損，導致功能喪失之慢性病變，主要與老化相關。隨著年齡增長，神經細胞功能退化，進而造成認知與運動能力下降，而腦部退化性疾病亦為癲癇常見病因（參乙證16）。

4、準此，黃君於接種疫苗前確有會導致癲癇之相關病變（中風及失智症），且中風致腦細胞受損所引起之癲癇亦於接種疫苗前已有發作紀錄，故黃君癲癇情形與接種疫苗間並無因果關係。

（二）黃君「NIID神經細胞核內包涵體疾病」部分：

1、NIID（Neuronal Intranuclear Inclusion Disease，神經核內包涵體病）是一種罕見的中樞神經系統退化性疾病，屬於一種緩慢進展的神經退化性病變〔Neuronal intranuclear inclusion disease （NIID） is a slowly progressive， neurodegenerative disease〕。其最主要的病理特徵為神經元和神經膠質細胞內出現嗜酸性核內包涵體（The features of NIID result from the presence of eosinophilic intranuclear inclusions inside neurons and glial cells），在成人容易以失智症（dementia）的症狀出現，目前已知基因突變會引起此種疾病（參乙證17）。

2、又神經退化性疾病係屬隨時間逐漸傷害和摧毀神經系統的慢性狀態（Neurodegenerative disorders are chronic conditions that damage and destroy parts of your nervous system over time），本好發於高齡族群，老化

被視為最主要的風險因子（Most of these conditions a restrongly connected to age）（乙證18）。

3、觀諸病歷可知，黃君在110年間就已經確診失智症（dementia，參乙證5第363頁「出院診斷」第5點），顯示其神經系統功能已隨個體老化過程逐步衰退，足以證明其在接種疫苗之前即罹患神經退化性疾病，而該病程具慢性發展及持續性惡化之特性，即可能發生「NIID神經細胞核內包涵體疾病」。

4、準此，黃君於接種疫苗前已罹患失智症，已屬神經功能退化疾病患者，且本身亦屬高齡，故依黃君之病史歷程及醫學常理，其NIID的發生乃該退行性歷程的自然延續，自非由外部因素（接種系爭疫苗）所致。此外，黃君確診失智症是在接種疫苗前，也足證明本案與接種疫苗無時序關聯。

（三）黃君陷入昏迷之情形，依其病程，係因其罹患之第五期慢性腎臟病所導致之「尿毒性腦病」，為醫學上合理之致病機轉：

黃君昏迷係肇因其既有第五期慢性腎臟病惡化，血液透析也無法充分排除體內代謝廢物，代謝廢物累積後進一步穿越血腦屏障，影響中樞神經，此即尿毒性腦病之臨床典型樣態。換言之，其昏迷之發生，具一貫、連續之因果鏈：第五期腎衰竭→代謝廢物無法排出→血液透析未改善代謝問題→影響腦部→意識障礙與昏迷。

（四）原告於114年5月22日庭呈簡報第2頁主張黃君是施打疫苗後罹患「神經元核內包涵體病」、「腹水漂浮腺癌細胞」云云，惟考量前開疾病之致病機轉，且其於接種疫苗前即已發生，與疫苗無關：

1、神經元核內包涵體病：此為一種進行性神經退化性疾病（progressive neurodegenerative disease），其特徵是中樞和周圍神經系統以及多個內臟器官中存在病理性嗜酸性透明核內包涵體，臨床症狀包括認知障礙（cognitiv

e Impairment）帕金森氏症（parkinsonism）、癲癇（epileptic seizure）、意識障礙（disturbances of consciousness）等，而這些症狀在接種疫苗前就都已出現，如參乙證5病歷第165頁的parkinson’s disease（乙證5-2）、參乙證5病歷第236頁的epileptic seizure、dementia with parkinsonism（乙證5-3），且在黃君109年5月4日的出院病歷已記載dementia with Lewy bodies，路易氏小體（Lewy body）即指神經細胞中出現的包涵體，故相關症狀在接種疫苗前即已出現，和接種疫苗無關。

２、腹水漂浮腺癌細胞：腺癌細胞在參乙證5病歷第1621頁肋膜積液（即胸水）檢查報告已記載為轉移性（adenocarcinoma,metastatic），並非是新產生之癌細胞（乙證5-4），又黃君死亡證明載明為乳癌，故可推斷應是過去乳癌病史所致。至於參乙證5病歷第1644頁腹部CT記載可能有胰臟癌（possibility of pancreatic ca），其於報告中已載明為來自肋膜積液之遠端轉移（Distant metastasis（In this study）…location: R’t pleural space）（乙證5-5），又胰臟疑似有癌細胞一事，於109年4月3日便有相關診斷（suspect cystic tumor of pancreas，參乙證5病歷第165頁）（參乙證5-2）。綜上，癌症問題與接種疫苗無涉。

（五）其他中樞神經疾病已由客觀檢查明確排除：

１、根據乙證5病歷第1332頁之記載（參乙證20），黃君住院期間曾接受腰椎穿刺進行腦脊髓液（CSF）檢查，檢驗結果顯示：TNC為0（無白血球）、蛋白質64.4（正常範圍）、葡萄糖75/106（正常範圍），IgG index為0.49（未見中樞免疫活化），未見感染性或發炎性變化，亦無證據顯示黃君有腦膜炎或腦炎，此項檢查結果足以排除「中樞神經感染」為昏迷原因。

２、此外，腦部影像報告（MRI/MRA）更明確指出「無法排除代謝性或毒性白質腦病變的可能（Possibility of metab

olic or toxic leukoencephalopathy can't be excluded）」（參乙證5病歷第1337頁，乙證20）。以上可知，黃君之影像學檢查結果亦進一步證明代謝性腦病變是其陷入昏迷之理由。

四、審議小組係依據黃君客觀上之病歷資料、臨床檢查、實驗室檢驗結果，綜合研判認定黃君接種系爭疫苗與其症狀與死因關聯性為「無關」，符合受害救濟辦法第13條規定之客觀審查標準，其事實認定並無違誤，亦無任何恣意判斷之情事：

（一）黃君在時序上，係於111年1月12日接種系爭疫苗，並於接種疫苗後出現嘔吐、血壓上升至200mmHg、高燒不止等症狀而就診，最終因新型冠狀病毒感染、慢性腎衰竭、乳癌而死亡。然而，黃君接種疫苗後出現症狀，僅代表兩者間有時序上之先後關係，非當然代表兩者間有關聯性，蓋前後時序雖為證明關聯性之必要條件，但非充分條件，而在進行關聯性之鑑定時，除時序關係外，尚須審酌受害救濟辦法第13條第3項所列因素為綜合判斷，不得以時序關係為唯一參考因素，合先敘明。

（二）黃君因慢性腎衰竭、乳癌而死亡，而腎衰竭及乳癌皆係於接種疫苗前即已發生，故審議小組鑑定認為黃君於接種疫苗前已患有上開疾病，導致後續死亡之結果與接種系爭疫苗關聯性為「無關」，應屬合理適當，原處分依此作成審定結果，於法並無違誤：

1、觀諸死亡證明書可知（乙證6），黃君是因新型冠狀病毒感染、慢性腎臟病、乳癌而造成死亡。

2、黃君確實罹患第五期慢性腎臟病：黃君接種疫苗前、後之檢驗報告皆顯示其罹患第五期慢性腎臟病。又第五期慢性腎臟病又稱末期腎臟病，當發展至此階段時，腎功能只剩不到15%，腎臟已維持不了液體平衡，無法正常代謝及維持體液平衡，並會出現尿毒症症狀。準此，黃君確診第五期慢性腎臟病確非施打疫苗所致，而係長時間累積發展之結果。

3、黃君確實罹患第四期乳癌：所謂乳癌遠端轉移，也就是第四期乳癌。係乳癌細胞經由血液或淋巴循環侵犯身體其他器官，當乳癌發展到這個階段，代表癌細胞已擴散至身體他處，代表進入晚期。黃君於10年前罹患右乳腫瘤（原文：Right breast tumor S/P at CMUG 10 years ago，乙證5，第522頁「5.Operation history以下」）。然而，黃君於111年2月、3月即因轉移性腺癌（按：轉移性腺癌指因原發於其它器官系統的腫瘤經過直接浸潤蔓延，或透過淋巴管、血管等途徑擴散至其它器官並繼續增殖生長，形成與原發瘤同樣性質腫瘤的癌症）導致右側胸腔積液。而當黃君於111年4月28日入院澄清綜合醫院時，電腦斷層檢查結果又顯示癌症疑似轉移至胰臟【原文：Right malignant oleural effusion，（cytology：metastic adenocarcinoma on 2022/02/21，2022/03/03），suspect pancreas cancer by abdominal CT，乙證5，第521頁】，足見乳癌已發生遠端轉移。

4、觀諸黃君病歷可知，在接種疫苗前其確已罹患上開疾病至少三年並且病況嚴重，長期臥病床，頻繁出入急診、住院治療。

5、黃君腎臟衰竭及乳癌皆發生於接種疫苗前，故審議小組認定黃君死亡與接種系爭疫苗無關，原處分之認定，並無違誤。

（三）死亡證明書明載黃君死因之一係感染新型冠狀病毒（參乙證6），但莫德納疫苗本身並不會造成人體感染新型冠狀病毒，審議小組認定黃君之感染並非肇因於接種疫苗所致，因而認定死亡之結果與接種系爭疫苗關聯性為「無關」，並無違誤：

1、黃君有確診新冠肺炎，此觀諸澄清綜合醫院出院病歷摘要之「檢查紀錄」欄「17781（急作）核酸池」顯示「Positive」即可得證（參乙證5，第517、518頁）。另自治療過程可知，黃君於111年5月9日經新型冠狀病毒檢測陽性

後，雖立即轉入胸腔科隔離並進行類固醇治療，仍於111年5月10日早上12點38分心跳驟停過世（原文：We tested her for COVID19 and she was positive too on 5/09.She was then transferred to chest service，undeisolation，steroid therapy…on 5/10 morning…At 12：38，sudden bradycardia then asysole，乙證5，第517頁「治療過程」欄倒數第8行以下）。

２、接種莫德納疫苗與感染新冠肺炎間不具關聯性：

莫德納疫苗為mRNA製成的疫苗，其原理為用mRNA使人體細胞產生特定蛋白質，作為抗原，用以引發人體對於COVID-19的免疫反應（乙證8）。並非將任何病毒或是弱化之病毒打入人體，mRNA疫苗本身不具致病力，不會導致感染新型冠狀病毒。

五、原告主張審議小組作成判斷是基於不完全、錯誤之資訊云云，惟查：

（一）原告主張審議小組未審酌黃君中樞神經病變與接種疫苗間之關連性，係基於錯誤之資料所為審議結果而有瑕疵，無非是認為黃君中樞神經病變與接種疫苗間關聯性，足以介入黃君因「新型冠狀病毒感染、慢性腎衰竭、乳癌」而死亡之因果歷程。惟查，黃君死亡證明記載書記載「死亡原因：新型冠狀病毒感染、慢性腎衰竭、乳癌」（參乙證6），可見其死亡原因與原告所述之中樞神經病變等情無關，審議小組之任務既非鑑定死因，且黃君中樞神經病變於接種疫苗前已存在，依法本無探究黃君中樞神經病變與接種疫苗間之關連性之必要，蓋不論原告所稱接種系爭疫苗加劇黃君既有中樞神經病變之主觀臆測是否存在，依據前開診斷證明書明載之死亡原因為「新型冠狀病毒感染、慢性腎衰竭、乳癌」，故中樞神經病變與黃君死亡結果間之關聯性發生中斷，依論理法則，即黃君之死亡結果與接種系爭疫苗或其中樞神經病變皆無關。況且，原告更未說明中樞神經病變與黃君之死因（即新型冠狀病毒感染、慢

性腎衰竭、乳癌）有何關聯或致病機轉，故原處分判斷：「個案具乳癌、末期腎臟病與反覆性感染等多重慢性病史，接種疫苗後因呼吸喘、頭暈及嘔吐等症狀就醫，經診斷為乳癌轉移合併感染症。而COVID-19疫苗（Moderna）係屬mRNA疫苗，並不具致病力，不會造成感染症。後續個案因感染症死亡。綜上所述，個案症狀及死因與其潛在疾病惡化及感染有關，與接種COVID-19疫苗（Moderna）無關」（參原證8），以上可知，澄清醫院認定黃君死亡原因為「新型冠狀病毒感染、慢性腎衰竭、乳癌」，審議小組係判斷上三死亡原因皆非接種疫苗所致，進而認定與接種疫苗無關，確已符合受害救濟辦法第9條之立法意旨，既基於正確資訊論斷，即無違誤。

（二）準此，依受害救濟辦法第9條規定立法理由即知，審議小組之鑑定在判斷接種疫苗與死亡證明書所載病症間之關聯性，並非重新審查黃君之死亡原因為何。原告等之主張，無非是要求審議小組對於黃君死亡原因重新診斷，明顯逾越審議小組之鑑定範圍，原告等有認事用法之錯誤。

（三）原告等復稱黃君之病歷資料、臨床表現及相關檢驗，並未顯示與癌復發有任何因果關係，故審議小組作成判斷是基於不完全、錯誤之資訊云云，惟查，澄清醫院於111年5月10日開立之出院病歷摘要明確記載：「黃君於111年2月、3月即因轉移性腺癌導致右側胸腔積液。而當黃君於111年4月28日入院澄清綜合醫院時，電腦斷層檢查結果又顯示癌症疑似轉移至胰臟【原文：Right malignant oleural effusion，（cytology：metastic adenocarcinoma on 2022/02/21，2022/03/03），suspect pancreas cancer by abdominal CT，乙證5，第521頁】」，既然癌症復發乙事在病歷中已經明載，審議小組根據出院病歷及前開死亡證明書作成判斷，並無違誤等語。

六、並聲明：

（一）駁回原告之訴。

（二）訴訟費用由原告負擔。

肆、兩造不爭之事實及兩造爭點：

如事實概要欄所述之事實，業據提出黃君之診斷證明書、病歷資料（見乙證5第44至1913頁）、黃君COVID-19疫苗接種紀錄卡（見乙證5第21頁）、黃君死亡證明書（見本院卷一第223頁）、111年3月25日預防接種受害救濟申請書（見乙證5第8至9頁）、111年8月22日預防接種受害救濟申請書（見乙證5第17至18頁）、預防接種受害救濟調查暨送件檢核表（見乙證5第6至7頁）、被告112年1月5日衛授疾字第0000000000號公告（見本院卷一第219至220頁）、被告113年1月11日衛授疾字第0000000000號公告（見本院卷一第221至222頁）、111至112年審議小組委員名單（見本院卷一第225至227頁）、預防接種受害救濟給付法律/社會公正人士委員建議表（見本院卷一第283至284頁）、被告疑似預防接種受害案鑑定書（見本院卷一第285至291頁）、審議小組第216次會議紀錄及簽到單（見本院卷一第176至214頁、第311至315頁）、原處分（見本院卷一第175頁）、生策會113年1月23日（113）國醫生技字第0000000000號函（見本院卷一第215至216頁）及訴願決定（見本院卷一第99至106頁）等本院卷、原處分乙證5所附證物為證，其形式真正為兩造所不爭執，堪信為真，兩造之爭點厥為：

一、原告是否具有障礙給付之請求權？

二、原處分就障礙給付不成立之理由，得否於行政訴訟時補充？

三、黃君在施打疫苗後之「急性腦病變症狀」，與系爭疫苗是否具相關聯性？

四、原告請求被告應依受害救濟辦法第18條規定作成補償給付600萬元之處分，是否有據？

伍、本院之判斷：

一、本件應適用之法條與法理：

（一）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；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣

（市）政府。」

（二）傳染病防治法第30條規定：「（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3項）中央主管機關應於疫苗檢驗合格時，徵收一定金額充作預防接種受害救濟基金。（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。」

（三）以下辦法核乃執行母法（傳染病防治法第30條第4項）之技術性、細節性行政規定，與立法意旨相符，且未逾越母法之限度，行政機關予以適用，自無違誤：

１、受害救濟辦法第5條規定：「預防接種受害救濟給付種類及請求權人如下：一、死亡給付：疑似受害人之法定繼承人。二、障礙給付：疑似受害人。三、嚴重疾病給付：疑似受害人。四、其他不良反應給付：疑似受害人。」

２、受害救濟辦法第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。」

３、受害救濟辦法第10條規定：「（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3項）委員任期2年，期滿得續聘之；任期內出缺時，得就原代表之同質性人員補足聘任，其任期至原任期屆滿之日止。（第4項）審議小組之召集人，負責召集會議，

並擔任主席。召集人因故不能出席時，由委員互推1人為主席。」

4、受害救濟辦法第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。」

5、受害救濟辦法第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：（一）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。（二）醫學實證證實為無關聯性或醫學實證未支持其關聯性。（三）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。（四）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：（一）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。（二）受害情形發生於預防接種後之合理期間內。（三）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）第一項綜合研判，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。」

6、受害救濟辦法第17條規定：「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。二、常見、輕微之可預期預防接種不良反應。三、轉化症或其他因心理因素所致之障礙。四、非因預防接種目的使用疫苗致生損害。」

7、受害救濟辦法第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。」；附表【預防接種受害救濟給付金額範圍：「障礙給付：依身心障礙者權益保障法令所定障礙類別、等級：4-極重度；與預防接種之關聯性相關：50～600萬元、無法確定：30～350萬元。3-重度；與預防接種之關聯性相關：30～500萬元、無法確定：20～300萬元。2-中度；與預防接種之關聯性相關：20～400萬元、無法確定：10～250萬元。1-輕度；與預防接種之關聯性相關：10～250萬元、無法確定：5～200萬元。」】。

二、本件原告等具有障礙給付之請求權：

（一）黃妙隱於111年1月12日接種系爭疫苗，嗣後發生昏迷、癲癇、腦病變合併意識障礙的病症，黃妙隱之女即原告林美芳以法定代理人身分併同黃妙隱具名，於111年3月25日以疑因預防接種系爭疫苗致不良反應為由申請預防接種受害救濟，嗣黃妙隱於111年5月10日死亡，由其繼承人即原告林幸杰另行於111年8月22日以疑因預防接種系爭疫苗致死亡為由申請預防接種受害救濟，經原處分及訴願決定駁回在案，原告林幸杰、林美芳遂提起本件行政訴訟，嗣經本院準備程序確認原告等僅就111年3月25日之申請請求障礙給付600萬元，爰本案僅就障礙給付部分審理，先予敘明。

（二）被告雖按受害救濟辦法第5條第2款規定主張本件障礙給付請求權人限於「疑似受害人」黃妙隱，且障礙給付之請求

權具一身專屬性，其成立依賴受害人處於生存之前提，黃妙隱於被告核定前已死亡，請求權即告消滅，且侵權行為損害賠償不同，無從類推適用民法第195條第2項規定，原告等僅為法定繼承人欠缺當事人適格等語。

（三）惟按藥害救濟法第30條第1項規定「因預防接種而受害者，得請求救濟補償。」、受害救濟辦法第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。」可知，預防接種受害救濟之救濟補償，係基於預防接種疫苗與不良反應間之因果關係，於一般民眾難以舉證，爰減輕其舉證責任，於確定與死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防接種「確定無關」者，方不予以救濟，按其減輕受害人舉證責任之意旨，國家於預防接種受害救濟係協助受害人及其家屬，減輕因預防接種後產生不良反應所致之額外醫療及生活照顧負擔，受害人因接種疫苗導致依身心障礙者權益保障法令所定障礙，其醫療過程中所需鉅額費用，並不會因受害人嗣後死亡而消滅或減輕，故受害救濟辦法第5條第1款及第2款規定「預防接種受害救濟給付種類及請求權人如下：一、死亡給付：疑似受害人之法定繼承人。二、障礙給付：疑似受害人。」，僅係規範受害人之法定繼承人得請求死亡給付，並未明文排除受害人已提起障礙給付申請後，受害人之法定繼承人所繼承之障礙給付請求權。

（四）又藥害救濟法第30條第1項、受害救濟辦法第5條第1款及第2款規定之「障礙給付」之救濟補償，固屬「補償」而非「損害賠償」，但其性質乃屬就受害人「非財產上損害」之補償，此種「非財產上損害」之補償，因具有一身專屬性，依法理並非繼承之標的，但若「受害人已經提起行政訴訟（已經起訴）」，該一身專屬性顯然已經逸脫「非財產上損害」之範圍，而具象化成了「財產上損

害」，則此公法上之請求權是否仍不得作為繼承標的？非無探討之餘地。

1、其法理在於【具有一身專屬性之「非財產上損害補償」，何時已轉換為「不具一身專屬性」之「財產上損害補償」，而可得作為繼承之標的？】，關於此法理，民法第195條第1項前段及第2項規定「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。」、「前項請求權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約承諾，或已起訴者，不在此限。」，已將「已依契約承諾，或已起訴」，當作「終結一身專屬性」之分水嶺。易言之，「具有一身專屬性之非財產上損害賠償」，因「已依契約承諾，或已起訴」，而成為「不具有一身專屬性之財產上損害賠償」，而可得作為繼承之標的。此民法法理，於本件【具有一身專屬性之「非財產上損害補償」，何時已轉換為「不具一身專屬性」之「財產上損害補償」，而可得作為繼承之標的？】，自有類推適用之餘地。蓋其重點在於「一身專屬性之消滅時點為何」，而不在於「損害賠償」或「損害補償」，被告主張本件之「損害補償」與侵權行為之「損害賠償」不同，無類推適用民法第195條第2項規定之餘地云云，尚不足採。申言之，受害救濟辦法第5條第1款及第2款規定之「障礙給付救濟補償」公法上之請求權，於「受害人已經提起行政訴訟（已經起訴）」時，因其一身專屬性質已經消滅，即可得作為繼承標的。

2、惟前揭「障礙給付救濟補償」公法上之請求權，於「受害人已經提出申請，但尚未提起行政訴訟（尚未起訴）」時，是否亦可認為「一身專屬性質已經消滅」，而可作為繼承標的？法理上亦應為肯定解釋。蓋行政訴訟法第5條第2項規定「人民因中央或地方機關對其依法

申請之案件，予以駁回，認為其權利或法律上利益受違法損害者，經依訴願程序後，得向行政法院提起請求該機關應為行政處分或應為特定內容之行政處分之訴訟。」，可知公法上請求權之之救濟方式，與民事訴訟不同，須先向主管機關提出申請，經主管機關否准後，復提起訴願，再經訴願駁回後方得提起行政訴訟，無法如民法般直接起訴，是受害救濟辦法第5條第1款及第2款規定之「障礙給付救濟補償」公法上之請求權，於「受害人已經提出申請」，但因主管機關尚未否准，或訴願機關尚未駁回訴願，受害人無從合法起訴前即死亡時，如仍以「已起訴」，當作「終結一身專屬性」之分水嶺，實強人所難。是於「受害人已經提出申請」，但尚未提起行政訴訟前即死亡時，亦應類推適用民法第195條第2項規定，認為「受害人一身專屬性質已經消滅」，而可作為繼承標的。

（五）本件經查黃妙隱之女即原告林美芳以法定代理人身分併同黃妙隱具名，於死亡前之111年3月25日申請障礙給付，但於被告尚未否准前，受害人即已死亡，是屬「受害人已經提出申請，但尚未起訴前即死亡」之情形，此時亦應類推適用民法第195條第2項規定，認為本件「障礙給付救濟補償」公法上請求權「一身專屬性質已經消滅」，而可作為繼承標的，故本件原告等具有障礙給付之請求權（但無理由，詳後），應屬無疑。至若被害人因疫苗所生之「障礙」，與因疫苗所生之「死亡」有階段必經之關係時，「障礙損害補償請求權」即當然被「死亡損害補償請求權」所吸收，被害人繼承人即不可能在擁有「死亡損害補償請求權」之同時，又繼承了不存在之「（已經申請或起訴之）障礙損害補償請求權」，併此敘明。

三、原處分就障礙給付不成立之理由，得於行政訴訟時予以補強：

（一）原告雖主張審議小組處置黃君之案件，在指定申請救濟之不良反應標的：「昏迷呈植物人」的事實發生變更時，完全違反行政程序法第5條所定，行政行為之內容應明確之立意，且未依行政程序法第18條規定，通知當事人之法定代理人／繼承人，亦未獲得前述當事人同意，逕行修改指定申請救濟的不良反應標的「昏迷呈植物人」為「死亡」，洵有怠為處分、於法不合之之重大瑕疵云云。

（二）惟黃妙隱之女即原告林美芳以法定代理人身分併同黃妙隱具名，於死亡前之111年3月25日申請障礙給付（見乙證5第2之1冊第8頁），嗣原告林幸杰以繼承人身分於111年8月22日申請黃妙隱死亡之給付（見乙證5第2之1冊第17-18頁），經被告否准補償後，由申請死亡給付之原告林幸杰提起訴願，因同時有障礙給付及死亡給付之申請，審議小組第216次會議結果，以「依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，查個案具乳癌、末期腎病與反覆性感染症等多重慢性病史，『接種疫苗後因呼吸喘、頭暈與嘔吐等症狀而就醫，經診斷為乳癌轉移合併感染症。而COVID-19疫苗（Moderna）係屬mRNA疫苗，並不具致病力，不會造成感染症。』，後續個案因感染症死亡。……症狀及死因與其潛在疾病惡化及感染症有關，與接種COVID-19疫苗（Moderna）無關」，並以原處分檢送審議小組第216次會議紀錄予生策會，由該會據於同日以（113）國醫生技字第1130123079號函通知原告審定結果，原處分顯已就【黃妙隱「死亡前」之「呼吸喘、頭暈與嘔吐、乳癌轉移合併感染症」（即原告主張障礙給付之症狀）與系爭疫苗無關】，為理由之說明，即原處分就「不構成障礙給付必須記明之理由」已為記載，是嗣原告林美芳於本院準備程序稱：「【問：後申請（111年8月22日）可作為前申請（111年3月25日）的後續，但後申請是對於預防接種

受害救濟之死亡給付，所以原告是否要申請死亡給付？】我們不申請死亡的申請，我們很清楚後面的死亡惡壞跟疫苗無關，所以我們從頭到尾都是要申請母親昏迷成為植物人的給付。」（見本院114年02月05日準備程序筆錄），因原告於準備程序撤回對死亡給付的申請，被告始於本院審理時補強有關「不構成障礙給付」之理由，被告並非補正「不構成障礙給付必須記明之理由」，自無行政程序法第114條第1項第2款、第2項「補正行為，僅得於訴願程序終結前為之」之適用，且被告並未逕行修改申請救濟的不良反應標的「昏迷呈植物人」為「死亡」。原告主張【原處分違反行政序法第5條及第18條規定，逕行修改指定申請救濟的不良反應標的「昏迷呈植物人」為「死亡」，洵有怠為處分、於法不合之之重大瑕疵】云云，尚不足採。

四、黃君在施打疫苗後之「急性腦病變症狀」，與系爭疫苗不具相關聯性：

（一）原告雖主張依數篇基於人口群體或致病機轉為研究基礎的國外文獻，已清楚指出：COVID-19疫苗促使人體成為有利於發炎、和蛋白質錯誤折疊的環境，進而驅動了一些加速急性和慢性神經發炎反應有關的細胞激素，這些都是造成「神經退化疾病」發生和進展的已知機制因素；或者以其他機制損害「中樞神經系統」功能。及mRNA疫苗對「中樞神經系統」與「神經退化性疾病」（包括黃君另罹患的阿茲海默症）具潛在關聯的長期影響，足見黃君表現之NIID神經細胞核內包涵體疾病、癲癇症狀，及中樞神經系統加速退化，與系爭疫苗有關云云。

（二）惟依黃君病歷資料顯示，其「昏迷呈植物人」，與其中風、失智症及第五期慢性腎臟病所導致之「尿毒性腦病」等有關，而與接種系爭疫苗無關：

1、黃君具第五期腎臟病，依一般臨床判斷，第五期慢性腎臟病患者之腎功能喪失逾90%，代謝廢物完全無法透過

自然生理機制排除，若透析也成效不彰，即易導致代謝廢物於體內堆積，形成尿毒性腦病。又依黃君110年9月28日出院病歷，其腎臟病已伴隨尿毒症腦病（原文：acute on chronic kidney disease, favor pre-renal disease, c/w uremicenc ephalopathy），主訴亦記載意識障礙2個月（consciousness disturbance for 2months）（參乙證5病歷第1135頁，乙證5-1），顯見黃君在111年1月12日接種疫苗前腎臟病情形已影響其中樞神經（即腦部），且已有意識障礙情形發生，近乎昏迷。

２、黃君於111年1月17日突發昏迷，於當日入院澄清醫院，生化數據顯示血中血液尿素氮（下稱BUN）達164mg/dL，肌酸酐（下稱Cr）高達9.2mg/dL（參乙證5病歷第430頁，乙證19）。此二數值遠高於正常值（BUN7－20、Cr0.6－1.3），足證腎臟功能嚴重受損，血液透析療效不彰。後續轉診台中榮總期間（111年2-4月），黃君BUN仍高於百（113、119、105mg/dL），係正常值（20mg/dL）之五倍以上（參乙證5病歷第1334頁，乙證20）。顯示腎臟功能仍嚴重受損。

３、澄清醫院與台中榮總之腦部MRI報告均顯示：黃君之腦部異常屬毒性白質腦病變或代謝性腦病變，與尿毒性腦變係因代謝異常導致體內積聚的代謝廢物毒性影響大腦功能區域（白質）相符。

（1）澄清醫院（參乙證5病歷第434頁，參乙證19）：「toxic leukoencephalopathy, uremic encephalopathy」【中文翻譯：毒性白質腦病變和尿毒性腦病變】

（2）台中榮總（參乙證5病歷第1337頁，參乙證20）：「Possibility of metabolic or toxic leukoencephalopathy can't be excluded」【中文翻譯：無法排除代謝性或毒性白質腦病變的可能性】

４、黃君於台中榮總之EEG（腦電圖）檢查結果，經醫師判斷符合代謝性腦病變：

（1）1110214報告（參乙證5病歷第1339頁，乙證20）：
Clinical interpretation：This EEG showed severe generalized cerebral dysfunction. Together with the clinical scenario（CKD, infection/antibiotics）, it suggested metabolic/toxic encephalopathy.【中文翻譯：腦電波顯示嚴重全面性腦部失能，綜合臨床情況（慢性腎臟病、感染/抗生素），研判為代謝性/毒性腦病變。】

（2）1110305報告（參乙證5病歷第1338頁，乙證20）：
Clinical interpretation：This EEG suggested continuous, generalized, moderate to severe cerebral dysfunction. This result was related to metabolic insult on degenerative brain.【中文翻譯：腦電波顯示持續性、全面性、中度到嚴重腦部失能。結果顯示與代謝問題導致腦部退化相關。】

5、黃君施打疫苗前即已罹患「神經元核內包涵體病」，與疫苗無關：

神經元核內包涵體病為一種進行性神經退化性疾病（progressive neurodegenerative disease），其特徵是中樞和周圍神經系統以及多個內臟器官中存在病理性嗜酸性透明核內包涵體，臨床症狀包括認知障礙（cognitive Impairment）帕金森氏症（parkinsonism）、癲癇（epileptic seizure）、意識障礙（disturbances of consciousness）等，而這些症狀黃君在接種疫苗前就都已出現，如參乙證5病歷第165頁的parkinson’s disease（乙證5-2）、參乙證5病歷第236頁的epileptic seizure、dementia with parkinsonism（乙證5-3），且在黃君109年5月4日的出院病歷已記載dementia with Lewy bodies，路易氏小體（Lewy body），即指神經細胞中出現的包涵體，故相關症狀黃君在接種疫苗前即已出現，和接種疫苗無關。

6、綜上，黃君昏迷肇因於其既有第五期慢性腎臟病惡化，血液透析也無法充分排除體內代謝廢物，代謝廢物累積後進一步穿越血腦屏障，影響中樞神經，此即尿毒性腦病之臨床典型樣態。其昏迷之發生，具一貫性、連續之因果鏈：第五期腎衰竭→代謝廢物無法排出→血液透析未改善代謝問題→影響腦部→意識障礙與昏迷。原告主張「黃君的前次昏迷與本案存在有許多不同的前提要件、不同的細節症狀、病程長短不一，根本屬於完全不同的醫療事件」、「現今血液透析洗腎技術，即可完全代謝乾淨洗腎患者體內的尿毒物質，不可能是黃君之舊疾尿毒症所致腦病變，才昏迷呈植物人」云云，尚不足採。且過去有效之醫療方式，對病危之人亦可能不再有效，原告主張「原來的治療方式，可漸漸緩解症狀，自施打疫苗後也仍持續每週3天洗腎，卻絲毫不見昏迷緩解之況，可排除與尿毒症有關」云云，亦難採信。再者，國外文獻雖指出【COVID-19疫苗驅動了一些加速急性和慢性神經發炎反應的細胞激素，造成「神經退化疾病」發生和進展或者損害「中樞神經系統」，mRNA疫苗對「中樞神經系統」與「神經退化性疾病」（包括阿茲海默症）具潛在關聯的長期影響。】，但只是諸多學說之一種，仍需要進行大型前瞻性研究，來確定COVID-19疫苗與急性中樞神經系統發炎之間的關係。就算採信其所言，其所謂「進展或者損害」、「潛在關聯的長期影響」，對黃君這樣在接種疫苗前即已罹「乳癌、第五期腎衰竭、癲癇、意識障礙」者，能有多少「進展或者損害」、「潛在關聯長期影響」之因果關係？實難判斷，自難因此而認黃君之NIID神經細胞核內包涵體疾病、癲痛症狀，及中樞神經系統加速退化，與系爭疫苗有關，原告主張亦不足採。

（三）「中樞神經感染」並非為黃君昏迷原因：

1、根據乙證5病歷第1332頁之記載（參乙證20），黃君住院期間曾接受腰椎穿刺進行腦脊髓液（CSF）檢查，檢驗結

果顯示：TNC為0（無白血球）、蛋白質64.4（正常範圍）、葡萄糖75/106（正常範圍），IgG index為0.49（未見中樞免疫活化），未見感染性或發炎性變化，亦無證據顯示黃君有腦膜炎或腦炎，此項檢查結果足以排除「中樞神經感染」為昏迷原因。

2、腦部影像報告（MRI/MRA）指出「無法排除代謝性或毒性白質腦病變的可能（Possibility of metabolic or toxic leukoencephalopathy can't be excluded）」（參乙證5病歷第1337頁，乙證20）。可知，黃君之影像學檢查結果證明「代謝性腦病變」才是其陷入昏迷之理由，原告主張中樞神經病變與接種疫苗間有關聯性，「中樞神經感染」為昏迷原因云云，尚不足採。

五、綜上，原處分認定黃君陷入昏迷之理由，與接種疫苗間無關聯性，並無違誤，訴願決定予以維持，亦無不合。原告訴請撤銷並求為作成准予新臺幣600萬元補償給付之行政處分，為無理由，應予駁回。

六、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。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　31　　日

審判長法　官　陳心弘

法　官　林妙黛

法　官　畢乃俊

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
(一)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。
(二)非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人	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。 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(一)、(二)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(二)所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　31　　日

書記官　李依穎