

臺北高等行政法院判決

地方行政訴訟庭第三庭

113年度簡字第185號

113年12月20日辯論終結

原告 楊文志  
訴訟代理人 賴頡律師  
被告 衛生福利部

代表人 邱泰源  
訴訟代理人 陳昶安律師  
陳傑明律師  
簡佑霖律師

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112年7月12日院臺訴字第1125013718號訴願決定，向本院高等行政訴訟庭提起行政訴訟，嗣經本院高等行政訴訟庭以112年度訴字第985號裁定移送本院（地方行政訴訟庭）管轄確定，本院判決如下：

主 文

- 一、原告之訴駁回。
- 二、訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序事項：

- 一、本件係其他關於公法上財產關係之訴訟，其標的之金額為新臺幣（下同）20萬元，依行政訴訟法第229條第2項第3款之規定，應適用同法第2編第2章之簡易訴訟程序。
- 二、原告起訴時（民國112年8月16日），被告代表人原為薛瑞元，嗣於113年5月20日變更為邱泰源，而新任代表人已於113年6月12日（本院收狀日）具狀聲明承受訴訟（見本院卷第21頁至第23頁），核無不合，應予准許。

貳、實體方面：

一、爭訟概要：

01 緣原告於110年7月26日接種AstraZeneca COVID-19疫苗（下  
02 稱AZ疫苗）後認有受害情形，乃於110年9月9日申請預防接  
03 種受害救濟（下稱系爭申請），嗣經被告預防接種受害救濟  
04 審議小組（下稱審議小組）112年2月23日第197次會議（下  
05 稱第197次會議）審議，審議結果認依據病歷資料記載、臨  
06 床表現及相關檢驗結果等研判，原告接種疫苗後3日因發  
07 燒、噁心與嘔吐等症狀就醫，其相關檢查結果與臨床表現符  
08 合感染症狀與急性肝炎，而AZ疫苗非屬複製型腺病毒載體疫  
09 苗，並不具致病力，不會造成感染症，又原告本身具B型肝  
10 炎病史，故其症狀與接種AZ疫苗無關，依預防接種受害救濟  
11 基金徵收及審議辦法（下稱審議辦法）第17條第1款規定，  
12 不予救濟，被告即於112年3月10日以衛授疾字第1120100299  
13 號函（下稱原處分）檢送上開會議紀錄予社團法人國家生技  
14 醫療產業策進會，再由該會於112年3月13日以（112）國醫  
15 生技字第1120313003號函通知原告其申請預防接種受害救濟  
16 一案，經審定不符合預防接種受害救濟之給付要件。原告不  
17 服，提起訴願，經行政院以112年7月12日院臺訴字第112501  
18 3718號訴願決定書（下稱訴願決定）予以駁回，原告仍不  
19 服，遂提起本件行政訴訟。

## 20 二、原告起訴主張及聲明：

### 21 （一）主張要旨：

#### 22 1、原告確係因接種AZ疫苗後引發血栓，應為受害救濟：

23 (1)查原告於110年7月26日接種AZ疫苗後，因出現發燒、噁心  
24 與嘔吐、腿部紅腫等狀況，遂於110年7月31日前往恩主公  
25 醫院急診就醫，依當時抽血檢驗報告顯示血小板（platelet）  
26 結果值急降為「192」，然原告於101年6月11日（即  
27 疫苗接種前）之血小板檢驗結果值為「289」，另於近日  
28 即112年3月9日之檢驗結果值為「288」，此有原告於110  
29 年7月31日行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院（下  
30 稱恩主公醫院）血液檢驗報告、原告於101年6月11日大桃  
31 園耳鼻喉科診所檢驗報告及原告健康存摺查詢於112年3月

01 9日檢驗檢查結果可證，顯見血小板係於接種AZ疫苗才發  
02 生數值降低之情況，顯與接種AZ疫苗具有相關性甚明。

03 (2)次查，原告血小板於接種後數值低下，如果係因B型肝炎  
04 之緣故，何以原告現仍有B型肝炎，血小板數值卻可回升  
05 至正常值，審議結果之認定應有違誤。

06 (3)末查，原告於接種AZ疫苗後，出現腿部紅腫之症狀，腿部  
07 紅腫又於治療後消腫復原，此有原告腿部接種疫苗後與復  
08 原比較圖可證，顯見前揭症狀確係因接種AZ疫苗後引發血  
09 栓，而急性肝炎係血栓之併發症，故原告請求受害救濟，  
10 自有理由。

11 2、依審議辦法，被告應認定的是原告不良反應究竟與預防接  
12 種有無關係？與原告之不良反應數值是否能符合正常人的  
13 正常數值無關。因此即便被告提出乙證8、9，用TTS標準  
14 證明原告在接種疫苗之後血小板數值仍然符合正常人數  
15 值，但是否與接種疫苗有關，本與該數值是否符合正常人  
16 數值無關，況且TTS並非法定標準，而是醫學指引。

17 3、原處分卷第119頁、第141頁分別有護理記錄單、急診病歷  
18 首頁，說明原告在接種疫苗後，有疑似不良反應產生血栓  
19 或血管瘤的情形，並無審議結果所稱因為B型肝炎引發的  
20 感染而導致血小板低下或血栓之情形。

## 21 (二) 聲明：

22 1、訴願決定及原處分均撤銷。

23 2、被告應依原告110年9月9日之申請，作成核定給付預防接  
24 種受害救濟金20萬元之行政處分。

## 25 三、被告答辯及聲明：

### 26 (一) 答辯要旨：

27 1、原處分乃依照審議辦法規定，由審議小組作成專業鑑定結  
28 果，並依照審議小組審定結論而作成，原處分之決定事涉  
29 醫學專業判斷，並已認定接種AZ疫苗與原告疑似不良反應  
30 之關聯性為無關，故被告作成之原處分核屬被告之判斷餘  
31 地：

01 (1)行政機關下設委員會作成之審議結果，基於尊重其不可替  
02 代性、專業性及法律授權之專屬性，就醫學專業判斷，應  
03 享有判斷餘地：

04 ①按，最高行政法院109年度判字第431號判決謂：「依同  
05 規程第4條規定，地評會之成員，包括議員代表、地方  
06 公正人士、對地價有專門知識之人士、建築師公會代  
07 表、銀行公會代表及地政、財政、工務或都市計畫、建  
08 設及農林機關主管等。足見，地評會為合議制組織，其  
09 所作成地價及徵收補償價額之判斷，乃經由不同屬性之  
10 代表，各自依其專業之不同觀點，透過嚴格程序之要  
11 求，獨立行使職權，而共同作成決定，應認享有判斷餘  
12 地。在判斷餘地範圍內，行政法院祇能就行政機關判斷  
13 時，有無遵守法定秩序、有無基於錯誤之事實、有無遵  
14 守一般有效之價值判斷原則、有無夾雜與事件無關之考  
15 慮因素等事項審查，其餘有關行政機關之專業認定，行  
16 政法院應予尊重。」。

17 ②次按，最高行政法院108年度上字第1072號判決亦闡  
18 述：「又按行政法院對行政機關依裁量權所為行政處分  
19 之司法審查範圍限於裁量之合法性，而不及於裁量行使  
20 之妥當性；至於不確定法律概念，行政法院以審查為原  
21 則，但對於具有高度屬人性之評定（如國家考試評分、  
22 學生之品行考核、學業評量、教師升等前之學術能力評  
23 量等）、高度科技性之判斷（如與環保、醫藥、電機有  
24 關之風險效率預估或價值取捨）、計畫性政策之決定及  
25 獨立專家委員會之判斷，則基於尊重其不可替代性、專  
26 業性及法律授權之專屬性，而例外承認行政機關就此等  
27 事項之決定，有判斷餘地，對其判斷採取較低之審查密  
28 度，僅於行政機關之判斷有恣意濫用及其他違法情事  
29 時，得予撤銷或變更（司法院釋字第382號、第462號及  
30 第553號解釋理由參照）」。

31 ③準此，如行政機關下設獨立專家委員會所作成之判斷，

01 乃經由不同屬性之代表，各自依其專業之不同觀點，透  
02 過嚴格程序之要求，獨立行使職權，共同作成決定，且  
03 其判斷涉及醫藥領域高度科技性之判斷時，基於尊重該  
04 獨立專家委員會之不可替代性、專業性及法律授權專屬  
05 性，應認行政機關就此等事項之決定享有判斷餘地，對  
06 其判斷採取較低之審查密度，僅於原告得證明行政機關  
07 之判斷有恣意濫用及其他違法情事時，行政法院方有介  
08 入審查之空間。

09 (2)被告下設審議小組辦理預防接種受害救濟之審議，符合上  
10 開司法實務意旨，係以合議制組織就高度科技性事項共同  
11 作成之決定，故被告依據審議小組鑑定結論作成之原處  
12 分，應享有判斷餘地，法院應採取較低密度之審查：

13 ①被告下設審議小組，符合前開司法實務見解之「行政機  
14 關下設委員會/合議機構」之意旨，以及具有醫學上之  
15 專業性並兼具法律及社會公正之考量，以昭公信：

16 A. 按「因預防接種而受害者，得請求救濟補償」、「中  
17 央主管機關應於疫苗檢驗合格時，徵收一定金額充作  
18 預防接種受害救濟基金」及「前項徵收之金額、繳交  
19 期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種  
20 類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦  
21 法，由中央主管機關定之」，傳染病防治法第30條第  
22 1項、第3項及第4項定有明文。

23 B. 次按，被告依上開傳染病防治法之授權而訂定之審議  
24 辦法有如下規定，用以組成審議小組並進行審議：

25 a. 第9條規定：「中央主管機關為辦理預防接種受害  
26 救濟之審議，應設預防接種受害救濟審議小組，其  
27 任務如下：一、預防接種受害救濟事項之審議。  
28 二、預防接種受害原因之鑑定。三、預防接種受害  
29 救濟給付金額之審定。四、其他預防接種受害相關  
30 事項之審議。」。

31 b. 第10條規定：「審議小組置委員十九人至二十五人

01                   ；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法  
02 學專家或社會公正人士聘兼之，並指定一人為召集  
03 人。前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得  
04 少於三分之一；委員之單一性別人數不得少於三分  
05 之一。委員任期二年，期滿得續聘之；任期內出缺  
06 時，得就原代表之同質性人員補足聘任，其任期至  
07 原任期屆滿之日止。審議小組之召集人，負責召集  
08 會議，並擔任主席。召集人因故不能出席時，由委  
09 員互推一人為主席。」。

10                   c. 第11條規定：「審議小組審議預防接種受害救濟案  
11 時，得指定委員或委託有關機關、學術機構先行調  
12 查研究；必要時，並得邀請有關機關或學者專家參  
13 與鑑定或列席諮詢。」。

14 ②經查，本件審議小組於112年2月23日第197次會議審議  
15 原告申請案，當時審議小組之組成，含召集人等共24  
16 人，其中包括感染症、神經學、病理學及過敏免疫等專  
17 科醫師，與法學專家及社會公正人士，任期自111年1月  
18 1日至112年12月31日，此有111至112年度預防接種受害  
19 救濟審議小組委員名單可稽，且依會議紀錄可知，第19  
20 7次審議小組會議係由召集人邱南昌主持，並擔任主  
21 席。據此，審議小組之組成與審議小組第197次會議召  
22 開，實係植基於傳染病防治法第30條第4項之授權，並  
23 與審議辦法第10條所定之法定組成方式相符。

24 ③次查，關於本件申請案之審議程序，被告為求審慎，於  
25 接獲本件申請後，即先蒐集原告相關資料，包含原告之  
26 就醫紀錄、相關檢查及檢驗結果等，依審議辦法第10條  
27 規定，送請審議小組指定之鑑定委員先行調查研究並作  
28 成「衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書」（下稱  
29 初步鑑定意見），再將其所作之初步鑑定意見及相關資  
30 料卷證，提交審議小組會議進行綜合討論，故審議小組  
31 是依據原告所提原告疑似受害事實之各種資料，包含申

01 請書之陳述、病歷資料、臨床檢查及實驗室檢驗結果，  
02 以及接種疫苗之特性等，基於委員個別學術專業、相關  
03 醫學資料或文獻及臨床經驗，釐清疑似受害事實與預防  
04 接種間之關聯性或因果關係。據此可知，被告審議小組  
05 之審議程序（包括但不限於出席、審查及決議），核與  
06 前揭傳染病防治法及審議辦法第9條、第11條規定相  
07 符。

08 ④準此，本件審議小組係合法組成，並依據法定程序，本  
09 於原告之發病過程、實驗室檢驗結果，依據醫學專業知  
10 識綜合研判作成本件審定結果，故依司法實務見解，審  
11 定結果即原處分之作成核屬被告之判斷餘地，法院應採  
12 取較低密度審查，除被告之判斷有明顯恣意濫用及其他  
13 違法情事時，否則應予尊重。

14 2、審議小組依照原告提出申請資料，復審酌原告病歷、臨床  
15 檢查及實驗室檢驗結果、就醫過程等資料，綜合研判得出  
16 接種AZ疫苗與原告受害情形之關聯性為「無關」，係依據  
17 審議辦法第13條規定之審查標準進行認定，其事實認定並  
18 無違誤：

19 (1)審議辦法第13條規定，不應單純以接種後發生疑似不良反  
20 應之时序關係，作為判斷關聯性之唯一依據：

21 ①按，審議辦法第13條第1項第1款規定：「審議小組鑑定  
22 預防接種與受害情形關聯性之分類如下：一、無關：有  
23 下列情形之一者，鑑定結果為無關：（一）臨床檢查或  
24 實驗室檢驗結果，證實受害情形係由預防接種以外其他  
25 原因所致。（二）醫學實證證實為無關聯性或醫學實證  
26 未支持其關聯性。（三）醫學實證支持其關聯性，但受  
27 害情形非發生於預防接種後之合理期間內。（四）衡酌  
28 醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關  
29 聯性。」。

30 ②次按審議辦法同條第3項規定：「第一項綜合研判，指  
31 衡酌疑似受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種

01 類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之  
02 贊同性及其他相關因素所為之醫療專業判斷。」，準  
03 此，審議小組於鑑定預防接種與受害情形關聯性時，如  
04 認為符合審議辦法第13條第1項第1款各目其中之一之情形時，其鑑定結果即可為「無關」，而其鑑定之判斷因素，應衡諸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，以進行綜合研判。

10 ③再按前開第3目雖規定，倘接種疫苗後，不良反應並非  
11 於免疫反應之合理期間出現者，與接種疫苗為無關。然  
12 而，審議小組審定關聯性時，並不得將本條之邏輯顛  
13 倒，認定免疫反應之合理期間出現之疑似不良反應者，  
14 即意謂與接種疫苗相關，蓋前後時序雖為證明關聯性之  
15 必要條件，但非充分條件，而在進行關聯性之鑑定時，  
16 除時序關係外，尚須審酌前開審議辦法第13條第3項所  
17 列因素為綜合判斷，不得以時序關係為唯一參考因素。  
18 簡言之，接種疫苗後出現疑似不良反應，僅表示兩者間  
19 有時序上之先後關係，非當然代表兩者間有關聯性或因  
20 果關係，合先敘明。

21 ④經查，原告於110年7月26日接種系爭AZ疫苗，同年月29  
22 日後出現發燒、噁心、嘔吐等症狀，原告之疑似不良反  
23 應雖係於接種疫苗後發生，惟此時序上之先後關係非當  
24 然代表兩者有關聯性或任何因果關係。審議小組仍係以  
25 原告各項病歷或就醫資料綜合研判關聯性。

26 (2)原告送醫後所接受臨床診斷、實驗室檢驗，以及後續治療  
27 過程，均顯示原告受害情形不符血栓併血小板低下症候  
28 群，應為自身B型肝炎病史合併感染症造成之急性肝炎所  
29 致，故與接種疫苗無關：

30 ①依照原告就醫診斷紀錄與血液檢驗結果均顯示，原告接  
31 種疫苗後血小板數值並未下降至異常情形，不符合接種

01 AZ疫苗潛在不良反應「血栓併血小板低下症候群」之臨  
02 床診斷標準，顯然原告並無血小板低下並造成血栓之情  
03 形：

04 A. 按我國與世界衛生組織發布之相關臨床指引，接種AZ  
05 疫苗潛在不良反應「血栓併血小板低下症候群」應以  
06 血小板低下（低於 $150,000/\mu\text{l}$ ）為必要條件：

07 a. 所謂血栓併血小板低下症候群，英文為Thrombosis  
08 with Thrombocytopenia Syndrome，下稱「TTS」，  
09 國際血栓暨止血學會則命名為「免疫血栓性  
10 血小板低下症」，英文為Vaccine-induced immune  
11 thrombotic thrombocytopenia，下稱「VITT」，  
12 其機轉（按：致病原理）係AZ疫苗施打後引發抗體  
13 反應，造成血小板聚集形成血栓。

14 b. 上開疾病依中華民國血液病學會、衛生福利部傳染  
15 病防治諮詢會預防接種組及衛生福利部疾病管制署  
16 共同編修之「血栓併血小板低下症候群臨床指  
17 引」，TTS（VITT）之臨床診斷標準為：影像確診  
18 血栓、血小板低下（血小板計數低於 $150,000/\mu\text{l}$ ）  
19 及anti-platelet4/heparin抗體強陽性。

20 c. 次按，世界衛生組織出版之TTS相關臨床處置指引  
21 「Guidance for clinical case management of t  
22 hrombosis with thrombocytopenia syndrome (TT  
23 S) following vaccination to prevent coronavi  
24 rus disease (COVID-19)」亦將血小板低下列為  
25 必要之診斷依據：TTS確定病例（Confirmed TTS）  
26 之必要條件為嚴重血小板低下（血小板計數低於  
27  $50,000/\mu\text{l}$ ）；TTS可能病例（Possible TTS）之必  
28 要條件為輕度至中度血小板低下（血小板計數低於  
29  $150,000/\mu\text{l}$ ）。是以，血小板低下（血小板計數低  
30 於 $150,000/\mu\text{l}$ ）係為診斷「血栓合併血小板低下症  
31 候群（TTS）」之必要條件。

01 B. 原告雖稱其血小板數值於接種疫苗後有降低情形，顯  
02 然是接種AZ疫苗導致，惟查：

03 a. 原告提出其於101年6月11日血小板檢驗值為289,00  
04 0/ $\mu$ l、112年3月9日血小板檢驗值為288,000/ $\mu$ l，  
05 並對照其於110年7月31日於恩主公醫院之檢驗結果  
06 為192,000/ $\mu$ l，據稱血小板有所降低。一般而言，  
07 血小板數值會有所波動，故檢驗結果正常與否係以  
08 一定區間為參考範圍，在此範圍內皆屬正常，查原  
09 告110年7月31日於恩主公醫院之血檢結果為「192,  
10 000/ $\mu$ l」，仍在「150,000/ $\mu$ l至400,000/ $\mu$ l」正常  
11 範圍間，原告泛以接種疫苗前後血液檢驗數值有所  
12 差異為由，認為乃為接種疫苗所導致，並不符合審  
13 議辦法規定應以各項科學因素綜合研判之認定方  
14 法，換言之，原告血液檢驗報告數值差異，僅表示  
15 原告於不同時期所作之生理檢驗數值有所不同，但  
16 均在正常範圍內，未能據以認定原告血液檢驗數值  
17 有所異常，更遑論其有任何因接種疫苗導致不良反  
18 應可言。

19 b. 再者，原告於恩主公醫院之血小板檢驗結果「192,  
20 000/ $\mu$ l」，不符前開各該醫學指引中診斷罹患TTS  
21 之必要條件「血小板計數低於150,000/ $\mu$ l」，已足  
22 以排除原告確診TTS之情形。故原告主張其因接種  
23 疫苗引發血栓，而急性肝炎為血栓之併發症云云，  
24 並不可採。

25 ②按原告送醫後之臨床診斷及實驗室檢驗結果，顯示原告  
26 病徵乃疑似發生感染，以及自身慢性B型肝炎所造成之  
27 急性肝炎所導致，故審議小組審酌原告診斷資料與檢驗  
28 報告，並審酌初步鑑定意見後，鑑定本件關聯性為無  
29 關，符合審議辦法規定：

30 A. 按，AZ疫苗為腺病毒載體疫苗，是利用攜帶有SARS-C  
31 oV-2棘蛋白核酸序列（DNA核酸序列）的腺病毒，接

01 種後在人體細胞內製造SARS-CoV-2棘蛋白此疫苗抗原  
02 並自人體細胞釋出，誘發人體免疫系統產生保護力對  
03 抗病毒入侵。是上開作用原理並不會使人體產生細菌  
04 感染，或者造成其他急性發炎等感染性疾病。

05 B. 依照醫院診斷及血液檢驗結果，以及後續治療改善過  
06 程，足證實原告係疑似發生感染，加以原告自身B型  
07 肝炎之病史所造成急性肝炎，方導致多日發燒及噁心  
08 嘔吐之結果：

09 a. 按C-反應蛋白（C-reactive protein, CRP）為臨床  
10 上普遍應用的急性發炎指標，當身體發生急性發炎  
11 反應（如感染、外傷、缺血、燒燙傷等等），C-反  
12 應蛋白會經由肝臟分泌，造成濃度迅速在血液中上  
13 升，參與免疫系統啟動及白血球吞噬作用。D-dime  
14 r為一種纖維蛋白分解產物，同樣可能因為體內感  
15 染症造成檢測數值上升。

16 b. 原告送醫後臨床診斷與實驗檢測數值說明如下：

17 (a) 根據原告預防接種受害救濟申請書記載，原告  
18 於110年7月29日腳出現血點並腫大，已連續發  
19 燒3日。

20 (b) 110年7月31日恩主公醫院病歷，原告C反應蛋  
21 白為9.7mg/dL（正常參考值0-1mg/dL）、D-di  
22 mer為1.75mg/L（正常參考值：0-0.55mg/  
23 L），顯見原告就醫時體內C反應蛋白、D-dime  
24 r已高於正常值。

25 (c) 110年7月31日轉至林口長庚醫院，C反應蛋白  
26 為135.02mg/L（正常參考值<5mg/L），前降  
27 鈣素Procalcitonin為0.99ng/mL（敗血風險0.  
28 5-2中，2-10高，>10極高）、D-dimer為1883n  
29 g/L（正常參考值：≤550ng/L），顯見原告就  
30 醫時體內C反應蛋白、前降鈣素Procalcitoni  
31 n、D-dimer均高於正常值，顯示應有感染之情

01 形。

02 (d) 110年8月9日亞東醫院病歷記載，原告仍持續有  
03 發燒及噁心 (nausea) 情形，白血球 (WBC) 計  
04 數為12,370/ $\mu$ L (正常參考值：3,800-10,400/ $\mu$   
05 L)，嗜中性白血球 (Neutrophil) 為85.7%  
06 (正常參考值：40.0-75.0%)，體內C反應蛋白  
07 為8.849 (正常參考值：0.000-1.000mg/dL)，  
08 均為異常上升，顯示體內有感染情形。

09 (e) 由上可知，原告出現發燒、嘔吐症狀，且血液  
10 檢測呈現C反應蛋白、前降鈣素、D-dimer、白  
11 血球等高於正常數值，以上均為身體出現感染  
12 導致發炎反應常見之現象，又原告之發燒及紅  
13 疹症狀於醫師開立抗生素治療後即逐步好轉  
14 (原文：after transferal, the antibiotics  
15 with Ceftriaxone, Doxycycline and Targocid  
16 was kept. The fever subsided, as well as th  
17 e skin rashes)，亦足證原告症狀應屬感染症  
18 引起。

19 C. 綜上，原告就醫後所作臨床檢查與實驗室檢驗結果，  
20 以及投入抗生素後症狀改善之治療經過，足以顯示發  
21 燒、嘔吐等症狀係感染症所引起，又原告為B型肝炎  
22 帶原者，且有長期飲酒史 (原文翻譯：Cigarette sm  
23 oking or Alcohol drinking: Drinking保力達for m  
24 ore than 30 years.)，其急性肝炎症狀應為原本病  
25 史合併感染症後加重所致，又因AZ疫苗之性質並不會  
26 導致接種者出現感染性疾病，故審議小組依據原告臨  
27 床檢查、實驗室檢驗結果資料，參酌其申請書之陳  
28 述、就醫治療過程以及接種疫苗之特性等，經綜合研  
29 判，鑑定預防接種與受害情形間關聯性為無關，審議  
30 小組鑑定結論符合審議辦法第13條第1項第1款第1目  
31 規定。

01 3、被告專業判斷既享有判斷餘地，倘原告欲主張被告有何判  
02 斷瑕疵，應負客觀舉證責任具體指明被告之判斷餘地有何  
03 判斷違法之處，原告起訴狀泛以其發病歷程稱原處分認定  
04 有所違誤，然並未具體指謫被告判斷有何違法之處，於法  
05 尚乏依據：

06 (1)按最高行政法院見解，法院就行政機關作成決定享有之判  
07 斷餘地，原則上應以低密度審查，僅於行政機關作成決定  
08 時有出於錯誤事實認定、違背行政正當程序等恣意濫用或  
09 違法之情形，法院始審查行政機關判斷之合法性：

10 參照最高行政法院100年度判字第2043號判決要旨：「至  
11 於不確定法律概念，行政法院以審查為原則，但對於具有  
12 高度屬人性之評定（如國家考試評分、學生之品行考核、  
13 學業評量、教師升等前之學術能力評量等）、高度科技性  
14 之判斷（如與環保、醫藥、電機有關之風險效率預估或價  
15 值取捨）、計畫性政策之決定及獨立專家委員會之判斷，  
16 則基於尊重其不可替代性、專業性及法律授權之專屬性，  
17 而承認行政機關就此等事項之決定，有判斷餘地，對其判  
18 斷採取較低之審查密度，僅於行政機關之判斷有恣意濫用  
19 及其他違法情事時，得予撤銷或變更，其可資審查之情形  
20 包括：1. 行政機關所為之判斷，是否出於錯誤之事實認定  
21 或不完全之資訊。2. 法律概念涉及事實關係時，其涵攝有  
22 無明顯錯誤。3. 對法律概念之解釋有無明顯違背解釋法則  
23 或牴觸既存之上位規範。4. 行政機關之判斷，是否有違一  
24 般公認之價值判斷標準。5. 行政機關之判斷，是否出於與  
25 事物無關之考量，亦即違反不當連結之禁止。6. 行政機關  
26 之判斷，是否違反法定之正當程序。7. 作成判斷之行政機  
27 關，其組織是否合法且有判斷之權限。8. 行政機關之判  
28 斷，是否違反相關法治國家應遵守之原理原則，如平等原  
29 則、公益原則等。」。

30 (2)又，依照實務見解，於行政機關就作成之決定享有判斷餘  
31 地時，人民於訴訟中倘爭執行政機關有何判斷瑕疵，應具

01 體證明行政機關做成判斷時有違法或顯然不當之情形，以  
02 盡其客觀舉證責任：

03 ①按最高行政法院93年度判字第1087號判決要旨：「司法  
04 院釋字第三一九號解釋在案。該解釋雖係針對國家考試  
05 所作成，惟已指明有關成績評定具有高度屬人性與不可  
06 替代性，對於此部分應有判斷餘地之存在，除就形式上  
07 觀察有顯然錯誤外，應尊重口試委員所為之成績評定。  
08 次按在行政機關有判斷餘地時，法院之職權調查係受到  
09 限制，對於行政機關之主張，可認為有特別之份量，使  
10 法院容易形成確信。…是該招生委員會據以駁回上訴人  
11 之申訴，已就其原處分合法之形式要件盡其舉證責任，  
12 法院就口試委員是否有違法或恣意之判斷，如未經上訴  
13 人舉證，自無途徑依職權調查，因上訴人並未對口試評  
14 分有違法情事，盡其客觀舉證責任，故原審以上訴人對  
15 其口試委員之評斷，未能提出具體事證，證明本次口試  
16 評分有何違法或顯然不當之情形，則上訴人僅單純以其  
17 口試成績偏低之結果，臆測並指摘口試委員之評分顯然  
18 不當等情。遂為不利上訴人事實之認定，揆諸上開說明，  
19 尚難認原判決有違職權調查證據原則。」。

20 ②次按最高行政法院108年度判字第265號判決要旨：「原  
21 判決之理由形成，其實多引述被上訴人或參加人之專業  
22 判斷，該等論述本院本諸判斷餘地理論，理應尊重其專  
23 業判斷結論。而上訴人對此判斷結論之論駁，卻沒有依  
24 循判斷餘地理論，具體指明該專業判斷有何違法之處，  
25 更遑論其本來即未盡到應盡之舉證責任。…是以本案在  
26 上訴人對『徵收廢止請求權成立』一事，未盡舉證責  
27 任，而被上訴人及參加人又本諸職權調查相關證據，作  
28 成專業判斷，認定『數十年來少子化之結果，並沒有到  
29 達使原來徵收處分之徵收必要性因而喪失之程度』。而  
30 上訴人復未能指明該專業判斷有何『違法』事由存在。  
31 則原判決駁回其本件課予義務請求，即無違誤。」。

01 ③再按最高行政法院109年度裁字第148號裁定要旨：「專  
02 科考試之成績評定，具有高度專業性，有『判斷餘地』  
03 理論之適用。法院僅對下列得經客觀檢證之法律適用事  
04 項，予以審查。若此項法律適用事項經檢證無法證明有  
05 違法情事存在，即應認判斷合法。又前述『得經客觀檢  
06 證之法律適用事項，存有違法情事』等情，其舉證責任  
07 之客觀配置，應分配予主張判斷違法之主體（即本案之  
08 上訴人），故該主體需指明「判斷違法」之具體情事，  
09 並提供本證供法院為調查。但本案上訴人卻在『未對前  
10 述《得經客觀檢證之法律適用事項》為具體主張』之情  
11 況下，擅自要求法院主動依『判斷餘地』理論，全面檢  
12 證原處分之成績評定是否違法，此等主張明顯有悖法  
13 理，自非有據。」。

14 (3)被告作成原處分既享有判斷餘地，然原告未具體提出被告  
15 作成原處分有何判斷瑕疵，難謂盡其客觀舉證責任，則原  
16 告泛稱原處分有所違誤，於法尚欠依據：

17 ①經查，原處分係依據獨立公正委員，依循法定程序，合  
18 議作成之審議決定，有判斷餘地之適用，依前開法院實  
19 務見解，縱行政法院依法應調查證據之義務，原告亦應  
20 舉證原處分有何違法或顯然不當之處，並舉證說明被告  
21 之判斷事實認定有何錯誤或基於何不完全之資訊等，否  
22 則難謂已盡舉證責任。又審議小組已依據審議辦法規  
23 定，基於充足事證下作成「無關」之鑑定結論，故被告  
24 就原處分係基於完整、正確事實作成，應已盡舉證之  
25 責。

26 ②然而，原告僅以片面之詞主張接種疫苗與受害情形具相  
27 關性，被告業已回應否認，又原告就被告作成原處分有  
28 任何其他違法或顯然不當之處，如法律涉及事實關係之  
29 涵攝有無錯誤、有無違反正當行政程序等，亦未具體說  
30 明，故原告主張原處分認定有所違誤云云，要無足取。

31 (二)聲明：原告之訴駁回。

01 四、爭點：

02 原告以其因接種系爭疫苗致出現前揭症狀，乃請求預防接種  
03 受害救濟，有無理由？

04 五、本院的判斷：

05 (一) 前提事實：

06 「爭訟概要」欄所載之事實，除原告主張其前揭症狀與接  
07 種系爭疫苗一事「相關」外，其餘事實業據兩造所不爭  
08 執，且有預防接種受害救濟調查暨送件檢核表〈衛生局〉  
09 影本1份（見原處分卷第45頁、第46頁）、預防接種受害  
10 救濟申請書影本1份（見原處分卷第47頁至第51頁）、原  
11 處分函影本1紙（見原處分卷第1頁）、第197次會議紀錄  
12 影本2紙（見原處分卷第2頁、第16頁）、社團法人國家生  
13 技醫療產業策進會112年3月13日〈112〉國醫生技字第112  
14 0313003號函影本1份（見原處分卷第35頁、第36頁）、訴  
15 願決定影本1份（見本院高等行政訴訟庭112年度訴字第98  
16 5號卷〈下稱高等行政訴訟庭卷〉第20頁至第26頁）附卷  
17 足憑，是除原告前開主張部分外，其餘事實自堪認定。

18 (二) 原告以其因接種系爭疫苗致出現前揭症狀，乃請求預防接  
19 種受害救濟，核無理由：

20 1、應適用之法令：

21 (1) 傳染病防治法：

22 ① 第2條：

23 本法主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄  
24 市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

25 ② 第30條第1項、第4項：

26 因預防接種而受害者，得請求救濟補償。

27 前項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害  
28 救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他  
29 應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

30 (2) 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法：

31 ① 第1條：

01 本辦法依傳染病防治法第三十條第四項規定訂定之。

02 ②第9條：

03 中央主管機關為辦理預防接種受害救濟之審議，應設預  
04 防接種受害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任  
05 務如下：

- 06 一、預防接種受害救濟申請案之審議。
- 07 二、預防接種與受害情形關聯性之鑑定。
- 08 三、預防接種受害救濟給付金額之審定。
- 09 四、其他與預防接種受害救濟之相關事項。

10 ③第10條：

11 審議小組置委員十九人至二十五人；委員由中央主管機  
12 關就醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘  
13 兼之，並指定一人為召集人。

14 前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於三分  
15 之一；委員之單一性別人數不得少於三分之一。

16 委員任期二年，期滿得續聘之；任期內出缺時，得就原  
17 代表之同質性人員補足聘任，其任期至原任期屆滿之日  
18 止。

19 審議小組之召集人，負責召集會議，並擔任主席。召集  
20 人因故不能出席時，由委員互推一人為主席。

21 ④第11條：

22 審議小組審議預防接種受害救濟案時，得指定委員或委  
23 託有關機關、學術機構先行調查研究；必要時，並得邀  
24 請有關機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢。

25 ⑤第13條：

26 審議小組鑑定預防接種與受害情形關聯性之分類如下：

27 一、無關：有下列情形之一者，鑑定結果為無關：

28 （一）臨床檢查或實驗室檢驗結果，證實受害情形係由  
29 預防接種以外其他原因所致。

30 （二）醫學實證證實為無關聯性或醫學實證未支持其關  
31 聯性。

01 (三) 醫學實證支持其關聯性，但受害情形非發生於預  
02 防接種後之合理期間內。

03 (四) 衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預  
04 防接種之關聯性。

05 二、相關：符合下列情形者，鑑定結果為相關：

06 (一) 醫學實證、臨床檢查或實驗室檢驗結果，支持預  
07 防接種與受害情形之關聯性。

08 (二) 受害情形發生於預防接種後之合理期間內。

09 (三) 經綜合研判具有相當關聯性。

10 三、無法確定：無前二款情形，經綜合研判後，仍無法  
11 確定其關聯性。

12 前項醫學實證，指以人口群體或致病機轉為研究基礎，  
13 發表於國內外期刊之實證文獻。

14 第一項綜合研判，指衡酌疑似受害人接種前後之病史、  
15 家族病史、過去接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒  
16 素暴露、生物學上之贊同性及其他相關因素所為之醫療  
17 專業判斷。

18 ⑥第17條第1款：

19 預防接種受害救濟案件，有下列各款情形之一者，不予  
20 救濟：

21 一、發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防  
22 接種確定無關。

23 ⑦第18條第1項、第2項：

24 審議小組依救濟給付種類，審定給付金額範圍如附表。

25 審定給付金額，應依受害人之受害就醫過程、醫療處置  
26 、實際傷害、死亡或致身心障礙程度、與預防接種之關  
27 聯性及其他相關事項為之。

28 2、綜合前揭規定可知，中央主管機關即被告對於預防接種受  
29 害救濟申請所為之准駁決定，係取決於審議小組對於預防  
30 接種與受害情形關聯性及給付金額之審定（議）結果；其  
31 關聯性之存否，係由醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社

01 會公正人士組成之審議小組進行鑑定。其程序乃先蒐集個  
02 案之申請資料、就醫紀錄、相關檢查及檢驗結果等，送審  
03 議小組指定之委員或所委託有關機關、學術機構先行調查  
04 研究並作成初步鑑定，再將其所作初步鑑定意見及相關資  
05 料卷證，提交審議小組會議審議（必要時，並得邀請有關  
06 機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢），並依調查認定結  
07 果分類為「相關」、「無法確定」及「無關」，若個案經  
08 鑑定結果，符合前兩者情形者，則再按其受害情形審定預  
09 防接種受害救濟給付金額；若屬「無關」，則不予救濟。  
10 又審議小組關於預防接種與受害情形關聯性之鑑定判斷乃  
11 涉及高度專業性、複雜性之判斷，按行政法院對行政機關  
12 依裁量權所為行政處分之司法審查範圍限於裁量之合法  
13 性，而不及於裁量行使之妥當性。至於不確定法律概念，  
14 行政法院以審查為原則，但屬於行政機關之判斷餘地事項  
15 者，例如：涉及高度屬人性（如考試評分、學生之品行考  
16 核、學業評量、教師升等前之學術能力評量）、高度技術  
17 性（如環保、醫藥等）等，除基於錯誤之事實，或基於與  
18 事件無關之考量，或組織是否合法、有無遵守法定程序、  
19 有無違反平等原則及一般公認價值判斷標準等，法院可審  
20 查判斷餘地外，應尊重其判斷，而採密度較低之審查基準  
21 （參照司法院釋字第462、553號解釋理由）。申言之，審  
22 議小組屬涉及醫療專業判斷之合議機構，其目的在針對疫  
23 苗施打與不良反應間「因果關係」做出醫學專業意見，亦  
24 即對於施打疫苗後，發生不良反應致生死亡或傷害之結果  
25 進行專業性判斷，由於上開「因果關係」之認定涉及人體  
26 生理及疾病間相互作用、醫藥相關知識之專業性（含疫苗  
27 藥物特性、作用歷程及機轉、與他藥物間之作用關係  
28 等）、受害結果與個人隱疾、環境、疾病交互作用及疫苗  
29 特性相關，其具有高度專業性及複雜性，且此依法律規定  
30 組成之合議組織，採共識決，由代表不同利益觀點（多元  
31 價值）之社會成員組成（含醫療、法律、社會人士等），

01 透過一定程序而使各種不同意見皆能發揮適度影響力並進  
02 而作成決定者，由於法院在審判過程中無法複製或還原討  
03 論及決議過程，故除該判斷具有「基於錯誤之事實，基於  
04 與事件無關之考量，組織不合法、未遵守法定程序、違反  
05 平等原則及一般公認價值判斷標準」等事由外，於判斷並  
06 未違反證據法則、經驗及論理法則之前提下，其所為之專  
07 業判斷中涉及有關醫學專業領域（疫苗作用機轉暨其反應  
08 之醫藥因果關係）之專業知識，法院應於尊重專業判斷及  
09 人民基本權保障間，做出兼顧二者之平衡點，並據此精神  
10 於個案中以適當之審查密度進行審查。

11 3、本件審議小組審議原告之系爭申請，其審議小組之組成及  
12 所為之先行調查研究，符合審議辦法第9條、第10條及第1  
13 1條之相關規定：

14 (1)本件審議小組於112年2月23日第197次會議審議原告申請  
15 案，而斯時審議小組之組成，含召集人等共24人，其中包  
16 括感染症、神經學、病理學及過敏免疫等專科醫師，與法  
17 學專家及社會公正人士，任期自111年1月1日至112年12月  
18 31日，此有「111-112年度預防接種受害救濟審議小組（V  
19 ICP）委員名單1份（見高等行政訴訟庭卷第157頁、第158  
20 頁）附卷可稽，且依會議紀錄可知，第197次會議係由召  
21 集人邱南昌主持，並擔任主席（含主席共18名委員〈7名  
22 女性、11名男性；共7名法學專家或社會公正人士〉出  
23 席，並有5名專家〈醫師〉參與），是審議小組之組成與  
24 審議小組第197次會議召開，實係基於傳染病防治法第30  
25 條第4項之授權，並與審議辦法第10條、第11條所定之組  
26 成方式相符。

27 (2)又審議小組審議系爭申請，亦先經由審議小組指定之2名  
28 委員參酌原告之病歷資料而為鑑定，並出具初步鑑定意見  
29 而分別記載：「個案為48歲的男性，於110年7月26日接種  
30 第一劑的AZ疫苗，3天後開始發燒並腳有出血點及腫，2天  
31 後就醫，因發燒合併噁心嘔吐至恩主公醫院，及林口長庚

01 醫院就醫，臆斷為皮膚的血管炎，後因8月1日至8月8日持  
02 續發燒，至亞東醫院就醫，於8月9日住院，8月11日開始  
03 抗生素治療，8月12日後未再發燒，8月17日出院，經檢驗  
04 檢查，診斷為疑鉤端螺旋體感染、急性肝炎、B型肝炎帶  
05 原。8月25日回診，病情改善，9月8日至感染科門診就  
06 醫，2採血清/顯微凝集試驗（MAT）結果為陰性，診斷證  
07 明書載明為急性肝炎、B型肝炎帶原、疫苗不良反應，8月  
08 10日亞東醫院通報鉤端螺旋體病，但經衛生福利部疾病管  
09 制署檢驗及疫苗研製中心報告菌種鑑定結果為陰性，臨床  
10 診斷疑似鉤端螺旋體感染，經抗生素治療改善，個案為B  
11 型肝炎帶原者HBV Viral Load:41,620IU/mL診斷為急性肝  
12 炎，發炎指數增高，非疫苗接種引起之疾病，血小板未降  
13 低，也無血栓發生，因此鑑定與疫苗接種無關，無救濟  
14 金。」、「本案為48歲楊先生，於110-7-26接種COVID-19  
15 AZ疫苗第一劑後，於110-7-29發生症狀發燒，腿部血管  
16 炎。因持續發燒，於110-8-9至亞東醫院住院，各項檢查  
17 顯示為感染症，經抗生素治療後，症狀逐漸改善，於110-  
18 8-17出院，出院診斷為疑似鉤端螺旋體感染，急性肝炎可  
19 能與鉤端螺旋體感染，酒精性肝炎或慢性B型肝炎合併急  
20 性加重有關。本案一直被高度懷疑為鉤端螺旋體感染，但  
21 未經證實，但他的症狀經抗生素治療後改善-腿部血管炎  
22 在110-8-17出院時僅餘色素沉澱，入院期間雖測得D-dime  
23 r及ferritin上升，但並未符合栓塞或全身炎症活化反  
24 應，綜合以上，鑑定為感染引起之症狀，與疫苗接種無  
25 關，建議無救濟金或醫療補助。」（影本見原處分卷第26  
26 1頁至第267頁）；並經相關委員出具建議表，綜合建議：  
27 「個案為48歲男性，據病歷記載過去為B型肝炎帶原之病  
28 史。110年7月26日接種COVID-19疫苗（AZ）隔日即出現全  
29 身酸痛情形。接種三日後腳有出血點及腫，並持續發燒達  
30 三天，自行服用退燒藥物。於110年7月31日（接種後五  
31 日）因症狀持續，至耳鼻喉科及皮膚科診所就診，並因嘔

01 吐及腹瀉等症狀至醫院急診就醫。就皮膚病灶，醫院臆斷  
02 為皮膚的血管炎，後因8月1日至8月8日持續發燒，於8月9  
03 日住院，經檢驗檢查，診斷為疑鉤端螺旋體感染與急性肝  
04 炎。由於血小板未降低，亦無血栓發生，且檢驗結果均指  
05 向感染所致，應非疫苗接種引起之疾病，因此經兩位醫療  
06 委員判斷，與疫苗接種無關，建議不予救濟。」，此有  
07 「預防接種受害救濟給付法律/社會公正人士委員建議表  
08 （見原處分卷第269頁、第270頁）附卷可稽，亦見審議小  
09 組已依上開審議辦法第11條規定為先行調查研究。

10 4、審議小組依據審議辦法第13條規定，認原告之前揭症狀與  
11 接種AZ疫苗無關，依審議辦法第17條第1款規定，不予救  
12 濟，其認定並無違誤：

13 (1)本件與原告前揭症狀及治療過程之相關醫院、診所（含恩  
14 主公醫院、大桃園耳鼻喉科〈高輝聯合〉診所、謝沿淮骨  
15 科診所、合采皮膚科診所、長庚醫療財團法人林口長庚紀  
16 念醫院〈下稱長庚醫院〉、醫療財團法人徐元智先生醫藥  
17 基金會亞東紀念醫院〈下稱亞東醫院〉）之病歷資料影本  
18 及（見原處分卷第103頁至第257頁）及實驗室資訊管理系  
19 統列印資料（見原處分卷第103頁至第260頁），已記載原  
20 告之就醫紀錄、臨床檢查及相關檢驗結果，且包括原告施  
21 打AZ疫苗前、後及後續就診之相關病歷資料，而具前後連  
22 貫性及完整性，是上開資料當足供本件初步鑑定及審議小  
23 組據以為相關醫學及病理判斷之基礎，自無「基於錯誤之  
24 事實、基於與事件無關之考量及違反平等原則及一般公認  
25 價值判斷標準」之情事。

26 (2)又審議結果已載明：「本案經審議，依據病歷資料記載、  
27 臨床表現及相關檢驗結果等研判，個案接種疫苗後3日因  
28 發燒、噁心與嘔吐等情形就醫，其相關檢查結果與臨床表  
29 現符合感染症與急性肝炎。而COVID-19疫苗（AZ）係屬非  
30 複製型腺病毒載體疫苗，並不具致病力，不會造成感染  
31 症。又個案本身具B型肝炎病史。綜上所述，其症狀與接

01 種COVID-19疫苗（AZ）無關，依據『預防接種受害救濟基  
02 金徵收及審議辦法』第17條第1款規定，不予救濟。」  
03 （見原處分卷第16頁），亦難認有違反證據法則、經驗及  
04 論理法則之情事。

05 (3)從而，被告據之以原處分否准系爭申請，於法洵屬有據。

06 5、雖原告執前揭情詞而為主張；惟查：

07 (1)原告於101年6月11日、110年7月31日、112年3月9日之血  
08 小板檢驗值分別為289,000/ $\mu$ l、192,000/ $\mu$ l、288,000/ $\mu$   
09 l，此固有所提出之檢驗報告影本3紙（見高等行政訴訟  
10 庭卷第27頁、第29頁、第31頁）附卷足佐；惟血小板數值  
11 會有所波動，故檢驗結果正常與否係以一定區間為參考範  
12 圍，在此範圍內皆屬正常，此觀上開檢驗報告就血小板檢  
13 驗值設有「000-000 00<sup>3</sup>/ $\mu$ l」、「000-000 00<sup>3</sup>/ $\mu$ l」自  
14 明，而衡諸上開3次血小板檢驗之時間，第1次（101年6月  
15 11日）與第2次（110年7月31日）相距逾9年，而第3次（1  
16 12年3月9日）與第2次（110年7月31日）亦相距達1年餘，  
17 且原告於110年7月31日（即於110年7月26日接種AZ疫苗  
18 後）在恩主公醫院所為之血小板檢驗值（192,000/ $\mu$ l），  
19 仍在「150,000/ $\mu$ l至400,000/ $\mu$ l」正常範圍間，另依亞東  
20 醫院檢驗彙總報告（見原處分卷第190頁）所載，原告於1  
21 10年8月9日之血小板檢驗值則又增為520,000/ $\mu$ l，是原告  
22 僅執其血小板檢驗值之差異（減少）而主張係因接種AZ疫  
23 苗所致，已本無足採；況且依中華民國血液病學會、衛生  
24 福利部傳染病防治諮詢會預防接種組及衛生福利部疾病管  
25 制署共同編修之「血栓併血小板低下症候群（Thrombosis  
26 with Thrombocytopenia Syndrome, TTS）臨床指引」，就  
27 血栓併血小板低下症候群臨床診斷流程之初步檢查為：  
28 「影像確認是否血栓發生及血液檢查確認是否有血小板低  
29 下（血小板計數低於150,000/ $\mu$ l）」，而血栓併血小板低  
30 下症候群之診斷標準則係「影像確認之血栓+血小板低下+  
31 anti-platelet 4/heparin抗體強陽性」（見高等行政訴

01 訟庭卷第159頁、第162頁），而世界衛生組織出版之TTS  
02 相關臨床處置指引「Guidance for clinical case manag  
03 erment of thrombosis with thrombocytopenia syndrome  
04 (TTS) following vaccination to prevent coronavir  
05 us disease (COVID-19)」亦將血小板低下列為必要之  
06 診斷依據：「TTS確定病例 (Confirmed TTS) 之必要條件  
07 為嚴重血小板低下（血小板計數低於50,000/ $\mu$ l）；TTS可  
08 能病例 (Possible TTS) 之必要條件為輕度至中度血小板  
09 低下（血小板計數低於150,000/ $\mu$ l）。」（見高等行政訴  
10 訟庭卷第173頁、第184頁），足見血小板低下（血小板計  
11 數低於150,000/ $\mu$ l）係為診斷血栓合併血小板低下症候群  
12 之必要條件，則原告於110年7月26日接種AZ疫苗後，於11  
13 0年7月31日之血小板檢驗值為192,000/ $\mu$ l，並未低於150,  
14 000/ $\mu$ l，則自難認其符合血栓合併血小板低下症候群之要  
15 件；更何況依上開病歷資料所示，均無確診原告有「血  
16 栓」之病症。至於原告所指恩主公醫院之護理記錄單（見  
17 原處分卷第119頁）僅係記載「因醫師評估後患者疑似接  
18 種疫苗後不良反應，『憂心於是否為血栓產生』建議轉  
19 院，向其解釋相關疾病問題後患者同意轉院，現由醫師自  
20 行聯繫長庚急診，待辦相關流程。」，另長庚醫院之急診  
21 病歷首頁記載離院診斷為「Vasculitis」（即血管炎），  
22 但均難執為原告有「血栓」病症之依據。從而，原告所稱  
23 因接種AZ疫苗後引發「血栓」一節，實屬無據。

24 (2)依前揭「預防接種受害救濟申請書」所載，原告於110年7  
25 月29日晚上開始發燒，腳出現血點有點腫。嗣經就醫，依  
26 110年7月31日恩主公醫院生化檢驗報告單、血液檢驗報告  
27 單（影本見原處分卷第113頁、第115頁）所載，原告之C  
28 反應蛋白（CRP）為9.7mg/dL（正常參考值0-1mg/dL）、D  
29 -DdimerTest為1.75mg/L（正常參考值：0-0.55mg/L），  
30 可見原告就醫時體內C反應蛋白、D-dimer已高於正常值；  
31 又依110年7月31日長庚醫院檢驗醫學科檢驗報告單所載，

01 原告之D-dimer為1,883ng/L（正常參考值： $\leq 550$ ng/L）  
02 L），C反應蛋白為135.02mg/L（正常參考值 $< 5$ mg/L），  
03 前降鈣素為0.99ng/mL（敗血風險0.5-2中，2-10高， $> 10$   
04 極高），亦見其D-dimer、C反應蛋白、前降鈣素均高於正  
05 常值；再依110年8月9日亞東醫院檢驗彙總報告（見原處  
06 分卷第190頁）所載，原告之C反應蛋白為8.849（正常參  
07 考值：0.000-1.000 mg/dL），而C-反應蛋白為臨床上普  
08 遍應用的急性發炎指標，當身體發生急性發炎反應（如感  
09 染、外傷、缺血、燒燙傷等等），C反應蛋白會經由肝臟  
10 分泌，造成濃度迅速在血液中上升，參與免疫系統啟動及  
11 白血球吞噬作用，而D-dimer為一種纖維蛋白分解產物，  
12 同樣可能因為體內感染症造成檢測數值上升，又AZ疫苗為  
13 腺病毒載體疫苗，是利用攜帶有SARS-CoV-2棘蛋白核酸序  
14 列（DNA核酸序列）的腺病毒，接種後在人體細胞內製造S  
15 ARS-CoV-2棘蛋白此疫苗抗原並自人體細胞釋出，誘發人  
16 體免疫系統產生保護力對抗病毒入侵，是此一作用原理並  
17 不會使人體產生細菌感染，或者造成其他急性發炎等感染  
18 性疾病等情，業經被告陳明且為原告所不爭執，並有C反  
19 應蛋白之相關查詢列印資料（見本院卷第55頁至第61頁）  
20 及AZ疫苗仿單影本1份（見原處分卷第62頁、第63頁）附  
21 卷足憑，又原告之發燒及紅疹症狀於醫師開立抗生素治療  
22 後即逐步好轉（原文：after transferal, the antibioti  
23 cs with Ceftriaxone, Doxycycline and Targocid was k  
24 ept. The fever subsided, as well as the skin rashe  
25 s），此亦有亞東醫院出院病歷摘要影本1紙（見原處分卷  
26 第200頁）附卷可稽，益徵原告之上開症狀應屬感染症引  
27 起而與接種AZ疫苗無關。

28 （三）本件判決基礎已經明確，兩造其餘的攻擊防禦方法及訴訟  
29 資料經本院斟酌後，核與判決結果不生影響，無一一論述  
30 的必要，一併說明。

31 六、結論：原告之訴為無理由，應予駁回。

01 中 華 民 國 114 年 1 月 17 日  
02 法 官 陳 鴻 清

03 一、上為正本係照原本作成。

04 二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院地方行政訴訟庭  
05 提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內  
06 補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，  
07 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  
08 繕本）

09 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，  
10 逕以裁定駁回。

11 中 華 民 國 114 年 1 月 17 日  
12 書 記 官 李 芸 宜