

臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第一庭

112年度訴字第1178號

114年3月6日辯論終結

01
02
03
04
05 原 告 郭佳旻
06 訴訟代理人 陳宗奇 律師（法扶律師）
07 被 告 衛生福利部
08 代 表 人 邱泰源（部長）
09 訴訟代理人 陳昶安 律師
10 萬哲源 律師
11 邱聖翔 律師

12 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
13 年9月7日院臺訴字第1125017934號訴願決定，提起行政訴訟，
14 本院判決如下：

主 文

15 訴願決定及原處分均撤銷。

16 被告就原告民國111年10月3日預防接種受害救濟申請，應依本判
17 決之法律見解作成決定。

18 原告其餘之訴駁回。

19 訴訟費用由被告負擔。

事實及理由

一、程序事項：

20 本件原告起訴時，被告代表人為薛瑞元，嗣於訴訟程序進行
21 中變更為邱泰源，茲據被告新任代表人具狀聲明承受訴訟
22 （本院卷第137頁至第139頁），核無不合，應予准許。

二、事實概要：

23 原告於民國110年8、9月間接種兩劑COVID-19疫苗（高端；
24 下稱系爭疫苗），疑因預防接種致不良反應，前曾於110年1
25 1月20日申請預防接種受害救濟，經衛生福利部預防接種受
26 害救濟審議小組（下稱審議小組）於111年6月23日第182次會
27 議審定為原告之檢驗結果符合格林巴利症候群之臨床表現，
28
29
30
31

01 其症狀無法確定與接種系爭疫苗之關聯性，乃依據預防接種
02 受害救濟基金徵收及審議辦法(下稱審議辦法)第18條第1項
03 及其附表嚴重疾病給付之規定，核予救濟金新臺幣(下同)10
04 萬元。迄111年10月6日，原告就前述格林巴利症候群後續病
05 況再次提出申請(下稱系爭申請案)，並提出中度身心障礙
06 證明，經審議小組112年4月27日第201次會議(下稱第201次
07 會議)審議結果，適用行政程序法第128條第1項第2款規定
08 「發生新事實或發現新證據者，但以如經斟酌可受較有利益
09 之處分者為限」，原告臨床表現符合格林巴利症候群之診
10 斷，以依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研
11 判，其症狀無法確定與接種系爭之關聯性，依據審議辦法第
12 18條第1項及其附表障礙給付之規定，核予救濟金20萬元，
13 與前次合計給予救濟金30萬元。被告於112年5月16日以衛授
14 疾字第1120100666號函(下稱原處分)檢送審議小組第201
15 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
16 會)轉知原告審定結果。原告不服，提起訴願遭決定駁回，
17 乃提起本件行政訴訟。

18 三、本件原告主張：

19 (一)本件確實存有審議小組之運作違反正當法律程序之情事：

20 1.第201次會議的相關資料可知：24個委員中，13人採線上
21 出席，3人實體出席，且第201次會議由3點開始、5點散
22 會，然線上13人之中，有9人上線時間竟超過開會時間，
23 實令人困惑。此外，依蘇○霞委員(58分鐘)、李○仲委
24 員(99分鐘)、陳○仁委員(90分鐘)之出席時間推論，
25 顯然其等未全程參與討論。是以，審議小組第201次會議
26 最終鑑定之結論是否確經絕大多數之委員實質參與討論所
27 形成之『共識決』，顯非無疑。畢竟，誠如本院111年度
28 訴字第1511號、112年度訴字第454號判決所看重者：審議
29 小組第201次會議紀錄僅簡要記載審議之結果，並無其他
30 會議紀錄或開會錄音檔案，以供事後驗證決議之內容是否

01 係確實經委員實質討論、審議後所形成之『共識決』，依
02 舉證責任倒置之故，自應於此對被告為不利之認定。

03 2.再者，就參與第201次會議之16人中，唯一專長在神經內
04 科的趙啟超委員缺席，即便將『小兒神經』專業勉強歸類
05 於神經科，相關專家仍僅3人（邱○昌、洪○隆、陳○
06 洲），相較於法界及社會公正人士高達6人，專業審查能
07 力恐難勝任，是否真正能達成醫學專業共識，亦殊值懷
08 疑。況且，111-112年度之審議小組委員名單中，查無一
09 人有「泌尿科」之專業，故審議小組是否真有足夠之專
10 業，就疫苗接種與原告診斷證明所示之格林巴利症候群
11 （Guillain-Barre Syndrome）與神經性膀胱之關聯性為
12 正確判斷，實啟人疑竇。

13 3.末以，第201次審查會議上，兩小時會議審查150件案件，
14 平均每案不到一分鐘，顯然無法進行實質討論，違反正當
15 法律程序之要求。尤其，審查會議尚須包含主席致詞及前
16 次會議報告，實際審查時間更少，恐已流於形式審查。審
17 查小組如此倉促之運作，是否真能落實審查之嚴謹性，確
18 保人民健康權益？是否真的能被人民所信賴？是否真的契
19 合於正當法律程序之要求？

20 (二)本件原處分與訴願決定皆有裁量瑕疵之情：

21 1.首先，原處分無法確定之理由為何，其實原處分與訴願決
22 定皆不清楚，特別是：被告提出於乙證6提出之3份初步鑑
23 定書，第1份認「無法確定」，但迴避鑑定書上醫學實證
24 關於關聯性之判斷；第2份雖同認「無法確定」，但卻在
25 醫學實證上勾選「支持」；而第3份法律/社會公正人士委
26 員建議表直接認為「相關」。而原處分與第201次審查會
27 議上，皆不明瞭審議小組討論的過程，最終一槌定音認
28 為是無法確定的理由為何。在本院於其他判決認為審議小
29 組之審議過程，無法被認為有「共識決」之情況下，本件
30 原處分就格林巴利症候群與疫苗接種關聯性之判斷上亦應
31 認實有瑕疵，然第3份法律/社會公正人士委員建議表已認

01 為『相關』，而前兩份鑑定書亦分別在醫學實證上勾選
02 『支持』或未明確否定，則被告如何得出『無法確定』
03 之結論？此等判斷標準之不一致性，是否已涉及恣意裁
04 量。

05 2.再者，乙證6所調閱之原告病歷僅止於原告申請時之111年
06 10月6日，未及原告111年10月13日診斷之神經性膀胱。然
07 而，訴願階段原告既已持為主張，訴願決定即應確認原處
08 分是否有所違誤，以符行政自我審查之制度設計目的。然
09 而，訴訟決定不但將「神經性膀胱」之診斷證明誤載為
10 「神經膀胱炎」，並完全未見神經性膀胱於訴願決定之有
11 被具體考量之情，顯見訴願決定確有行政程序法第9條之
12 違法，並有明顯之裁量怠惰之情。

13 3.被告雖於訴訟中抗辯第2次處分（即原處分）受第1次處分
14 效力所及，然此有所誤解：第2次處分既已因行政程序法
15 第128條第1項第2款而另為給付原告救濟金，應認正是有
16 新事實新證據存在，審議小組方能突破第1次行政處分之
17 確定力，而多核給原告救濟金，豈有反受第1次處分確定
18 力之可能？然而，審議小組未有考量原告遭確診之神經性
19 膀胱，訴願決定亦未就此詳為審的，此情已可明顯確認，
20 是以，本件實存有其他重要事項未予斟酌之判斷瑕疵。

21 (三)依醫學文獻，格林巴利症候群與神經性膀胱實為有關：

22 1.如臺大醫院健康電子報所載：「格林巴利症候群（Guilla
23 in-Barre syndrome，簡稱GBS）是一種罕見的急性周邊神
24 經病變，侵犯運動、感覺及自主神經系統，以神經發炎及
25 脫髓鞘（猶如包覆在電線外面的絕緣體脫落）為主要的病
26 理變化。…目前認為這個疾病與與感染後引發免疫系統的
27 過度活化或異常有關，亦即人體為了抵禦外來的細菌、病
28 毒產生抗體，但卻同時也攻擊自己的神經系統。格林巴利
29 症候群的症狀可以從輕微的肢體麻刺、無力，到吞嚥困
30 難、無法站立走路、大小便不能控制…」。

- 01 2.何以格林巴利症候群會對大小便不能控制造成影響呢？在
02 「Prevalence and Mechanism of Bladder Dysfunction
03 in Guillain-Barre Syndrome (格林巴利症候群患者膀胱
04 功能障礙的盛行率與機制)」一文中，作者們針對65位確
05 實罹患格林巴利症候群之患者調查，研究結論為：「格林
06 巴利症候群患者中，27.7%存在排尿功能障礙，尿滯留發
07 生率為9.2%。主要尿動力學異常為逼尿肌活動不足、過度
08 活躍，以及較輕微的括約肌過度收縮。這些異常可能與腰
09 骶神經 (lumbosacral nerves) 的過度活化與功能低下有
10 關。」。
- 11 3.格林巴利症候群可能有大小便失禁之情，亦可能與腰骶神
12 經異常有關，應如何理解？其實這兩者並未衝突，僅需掌
13 握相關原理即可：格林巴利症候群為周邊神經的病變，而
14 腰骶神經為周邊神經的一都，當格林巴利症候群影響之神
15 經包含腰骶神經，即會出現神經性膀胱之症狀，因為，腰
16 骶神經正是控制膀胱功能的關鍵。此外，膀胱功能不僅受
17 腰骶神經影響，亦涉及自主神經系統 (Autonomic Nervou
18 s System, ANS)，而格林巴利症候群會侵犯自主神經，進
19 一步導致膀胱功能失調。原告前開論述完全禁得起醫學驗
20 證。
- 21 4.回頭檢視本案：乙證6的3份鑑定報告完全未有慮及原告神
22 經性膀胱之部分，且訴願決定亦未就神經性膀胱為任何審
23 理上之考量，顯見原處分與訴願決定皆有其他重要事項未
24 予斟酌之判斷瑕疵。雖被告之訴訟代理人曾於庭上表示，
25 訴願決定考慮過，但認為尿道發炎之部分與疫苗接種無
26 關，惟神經性膀胱 (Neurogenic bladder) 與尿道感染 (Ur
27 inary tract infection (UTI)) 醫學用語即完全不同，且
28 尿道感染是神經性膀胱導致的結果，而非病因，應無混淆
29 可能等語，並聲明求為判決：①訴願決定與原處分不利於
30 原告部分均撤銷。②被告就原告111年10月6日申請預防接

01 種受害救濟案，應作成再核給原告新臺幣370萬元之行政
02 處分。③訴訟費用由被告負擔。

03 四、被告則以：

04 (一)原處分所憑之審議小組審定結果核屬被告之判斷餘地，行政
05 法院應予尊重，採低密度審查標準：

06 1.依最高行政法院95年度判字第2143號、第900號判決，如
07 行政機關下設類似委員會之合議制組織，係涉及高度屬人
08 性或高度專業性之不確定法律概念進行判斷者，該判斷應
09 享有判斷餘地，除基於錯誤之事實，或基於與事件無關之
10 考量，或組織是否合法、有無遵守法定程序、有無違反平
11 等原則及一般公認價值判斷標準等，應尊重行政機關之判
12 斷。

13 2.基此，被告依傳染病防治法授權訂定之審議辦法第9條及
14 第10條設置審議小組，由醫藥衛生、解剖病理、法學專家
15 或社會公正人士共同擔任小組委員，以辦理預防接種受害
16 救濟之審議事宜，核屬行政機關下設之委員會或合議機
17 關。本件審議小組於112年4月27日召開第201次會議審議
18 原告再開申請案，當時審議小組之組成，含召集人計有24
19 人，其中包括感染症、神經學、病理學及過敏免疫等專科
20 醫師與法學專家及社會公正人士，任期自111年1月1日至
21 112年12月31日，且依會議紀錄可知，第201次審議小組會
22 議係由召集人邱○昌主持，並擔任主席。故審議小組之組
23 成與審議小組第201次會議召開，核與審議辦法第9條及第
24 10條之規定相符，並就預防接種與疑似受害病症間之關聯
25 性此等高度仰賴醫學專業技術性事項，以及預防接種受害
26 救濟給付金額審定進行判斷。

27 3.本件被告為求審慎，原告接種系爭疫苗與其罹患之疾病間
28 之關聯性鑑定固於110年11月20日已認定為「無法確
29 定」，原告係就預防接種受害救濟給付金額之審定提出事
30 證請求重新斟酌，被告於接獲本件程序再開申請後，業先
31 蒐集原告之申請資料、就醫紀錄、相關檢查及檢驗結果

01 等，送請審議小組指定之2位醫學委員及1位法律/社會公
02 正人士委員先行調查研究並做成「衛生福利部疑似預防接
03 種受害案件鑑定書」（含法律/社會公正人士委員建議
04 表），再將其所作之初步鑑定意見及相關資料卷證，提交
05 審議小組會議審議。審議小組參酌其申請書之陳述、就醫
06 與預後情形、病歷和檢驗報告，就原告受害就醫過程、醫
07 療處置、實際傷害、死亡或致身心障礙程度、與預防接種
08 之關聯性及其他相關事項審定給付金額，並重申「個案臨
09 床表現符合格林巴利症候群之診斷。依據病歷資料記載、
10 臨床表現及相關檢驗結果等研判，其症狀無法確定與接種
11 COVID-19疫苗（高端）之關聯性」，始作出決議。可見審
12 議小組於研判原告行政程序再開後就醫紀錄及病歷資料為
13 詳細探討，並斟酌原告障礙程度等就給付金額再為審
14 定），其審議程序（包括但不限於出席、審查及決議），
15 核與傳染病防治法及審議辦法規定相符。準此，本件審議
16 小組植基於法定程序，本於原告所提供之事實、病歷資
17 料、臨床表現及檢驗結果，依據醫學專業知識作成本件審
18 定結果，故依據司法實務，關於本件審定結果之作成核屬
19 被告之判斷餘地，法院應予尊重。

20 (二)原告依據奇美醫療財團法人奇美醫院（下稱奇美醫院）之診
21 斷證明書僅診斷原告具格林巴利症候群，並於110年11月20
22 日第一次向被告申請預防接種受害救濟，經審議小組於111
23 年6月23日第182次會議審定格林巴利症候群無法確定與預防
24 接種之關聯性，並經生策會通知原告審定結果。原告自該行
25 政處分達到30日內並未曾提起訴願，迄於111年10月6日再次
26 就同一症狀之後續病況向被告申請預防接種受害救濟。對此
27 第1次申請案之行政處分既已判斷「原告之格林巴利症候群
28 無法確定預防接種之關聯性」，且已不得再為爭訟。該行政
29 處分之規制內容對於受處分當事人及作成之行政機關，均發
30 生拘束力，故第2次申請案應受第1次申請案之行政處分內容
31 之拘束，而應認為無法確定。

01 (三)疫苗接種之目的除在保護個人免受傳染病危害外，亦有增加
02 群體免疫，防止疾病的蔓延，而大幅降低國家醫療支出，有
03 助於公共衛生，兼具公共利益，就疑似受害救濟固考量疫苗
04 接種使人民受有特別犧牲而予以補償，然依釋字第767號解
05 釋意旨，與預防接種受害救濟制度相類似之藥害救濟制度，
06 經大法官明確闡釋，此仍涉及國家資源分配即給付行政領
07 域，屬社會政策立法，應由立法者裁量就給付對象、要件及
08 不予救濟範圍之事項為具體化規範設計，並採取寬鬆審查，
09 故審議辦法第13條基於保護公共利益之目的，將預防接種與
10 受害情形關係，區分為「無關」、「相關」及「無法確
11 定」，由醫藥衛生、解剖病理，法學專家或社會公正人士組
12 成審議小組進行鑑定，倘鑑定結果非經認定為「無關」者，
13 基於科學之不確定性及預防接種受害者所具公益犧牲之特
14 質，縱然「無法確定」其受害與預防接種之關聯性，仍在救
15 濟範圍。此種特別立法將「因果關係不明」之不利益歸予行
16 政機關而對予以救濟之作法，顯然是立法者已考量疫苗接種
17 特別犧牲之補償義務、社會補償合理性，以及對於憲法保障
18 人民生存權及健康權之鞏固與強化，並體現於審議辦法第13
19 條之標準。申言之，關聯性經判斷為「無關」無須給付及
20 「相關」須給付自不待言，至於「無法確定」是否應給付屬
21 於立法政策之考量，而審議辦法第13條於立法已向人民傾
22 斜，將「無法確定」即「因果關係不明」之不利益之給付責
23 任由行政機關負擔，即屬於立法上就關聯性類型予以寬認，
24 此種國家資源分配及社會政策之立法，原則上即應予以尊
25 重，要無從徒以疫苗種類或其他因素別為考量而溢脫審議辦
26 法第13條以外別為考量，否則亦形成對於接種其他疫苗者之
27 差別待遇。原告主張「國產之高端疫苗相較於其他受聯合國
28 世界衛生組織肯認之進口疫苗，是否應該在關聯性上做更大
29 程度之寬認？…寬認該種疫苗之不良反應之補償範圍，方可
30 為使人民接種之誘因」云云，無非是認為本件別為審議辦法
31 第13條規定之標準以外，再予以寬認其關聯性為「相關」，

01 顯然忽略立法者已考量疫苗接種特別犧牲之補償義務、社會
02 補償合理性，在立法政策寬認關聯性為「無法確定」時，被
03 告仍應承受給付責任等情，而原告之情形既已認定為「無法
04 確定」，則無再為寬認為「相關」之理，否則不僅喪失關聯
05 性認定所需醫學專業之嚴謹性，更喪失關聯性分類型之意
06 義。

07 (四)原告因雙下肢無力，無法行走於110年11月5日於奇美醫院辦
08 理入院，並於110年11月23日辦理出院；惟奇美醫院之診斷
09 證明書僅診斷原告具格林巴利症候群，並未有提及其餘身體
10 不適症狀。又原告所主張之膀胱炎症狀於110年11月20日
11 (即原告第1次申請預防接種受害救濟之時間點)至110年10
12 月6日(即原告第2次申請預防接種受害救濟之時間點)之病
13 歷範圍內皆未記載，故其主張於原告申請當時並無相關事證
14 可供審議，審議小組僅得依現有事證及病歷實料加以審定，
15 故原處分之作成於事實認定，並無錯誤。

16 (五)被告已於111年6月23日第182次會議核予嚴重疾病給付10萬
17 元，復於112年5月16日第201次會議核予給付20萬元，與前
18 次合計給予救濟金30萬元，故原告已領取30萬元，而非僅有
19 20萬元；再者，原告所指之龔○○所施打之疫苗BNT，與本
20 案接種疫苗不同，且疑似不良反應之症狀需經個案判斷，實
21 難以因原告片面之揣測，即認被告有裁量怠惰與裁量濫用一
22 事。再者，被告已提出本件兩位醫學委員之初步鑑定意見，
23 第1位醫學委員認為本案為「鑑定結果『無法確定』」；救濟
24 給付項目金額『嚴重疾病救濟，救濟金額15萬元』」；第2
25 位委員認為本案為「鑑定結果『無法確定』」；救濟給付項目
26 及金額『障礙救濟中度，救濟金額20萬元』」。換言之，被
27 告已尊重且寬認醫學委員之意見，並採取最有利原告之鑑定
28 意見給予救濟金之行政處分。況預防接種受害救濟係屬社會
29 補償的性質，並非私法上的損害賠償，故仍應依審議小組審
30 酌個案情形與預防接種受害救濟基金可救濟範圍，予以補
31 償。本件審議小組經審酌告就醫過程、醫療處置、所致身心

01 障礙程度、與預防接種之關聯性等相關事項審定給付金額，
02 並考量全民健保保險制度下，因預防接種受害而就醫，並接
03 受各項醫療處置，故多數醫療支出費用已由健保負擔，而就
04 健保以外之醫療支出或精神損耗為補助，且經審酌歷次相似
05 症狀申請案件之給付，於充分討論與研議後，於第201次會
06 議（第2次申請預防接種受害救濟）審定給予原告救濟金20
07 萬元應為適當等語，資為抗辯。並聲明求為判決：①駁回原
08 告之訴。②訴訟費用由原告負擔。

09 五、本件原告於110年8、9月間接種兩劑Covid-19疫苗（高端）
10 後，因不良反應住院就診，嗣於110年11月間申請預防接種
11 受害救濟，經審議小組審認其所罹格林巴利症候群無法確定
12 與接種系爭疫苗關聯性，決議補償10萬元；迄111年8月間，
13 原告再因格林巴利症候群就診，旋第二次申請預防接種受害
14 救濟，審議小組仍審認其症狀無法確定與接種系爭疫苗關聯
15 性，而決議再核予20萬元，原告不服經訴願駁回後提起本件
16 行政訴訟之情，有審議小組第182次會議紀錄（原處分卷第5
17 29頁至第553頁）、原告111年10月6日救濟申請書（原處分
18 卷第8頁至第9頁）、審議小組第201次會議紀錄（原處分卷
19 第468頁至第509頁）、原處分（原處分卷第511頁至第512
20 頁）、訴願決定（本院卷第21頁至第28頁）等附卷可稽，兩
21 造就此部分事實且無爭執，應可採為裁判基礎。原告主張其
22 所罹患之格林巴利症候群與接種系爭疫苗應具相關關聯性，
23 被告審議小組之認定有違誤等情，訴請撤銷訴願決定及原處
24 分，並作成再核給370萬元（與已經核給之30萬元合計400萬
25 元）之行政處分。被告則否認原告之受害情形與接種系爭疫
26 苗具相關關聯性，主張本件僅能認定為無法確定其關聯性，
27 且業依原告就醫過程、醫療處置、所致身心障礙程度、與預
28 防接種之關聯性等相關事項審定給付金額，辯稱原處分並無
29 違誤。故本件應審究者，乃原告主張接種系爭疫苗後致罹格
30 林巴利症候群不良反應，與接種疫苗具相關關聯性，請求依

01 審議辦法第18條附表「嚴重疾病給付」、「相關」項目給付
02 最高額300萬元，是否有據？

03 六、本院之判斷：

04 (一)本件之審查規範與相關法理：

05 1.傳染病防治法是為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延而制定
06 (同法第1條參照)。中央主管機關依傳染病防治法第5條
07 第1項、第27條規定，設置疫苗基金以採購疫苗並辦理兒
08 童、國民之疫苗預防接種工作，乃為有效防治傳染病。蓋
09 接種疫苗可提高人體對特定疾病之免疫力，推動多數民眾
10 接種疫苗，可達到群體免疫之效果，進而阻絕傳染病之發
11 生、傳染及蔓延，達成維護國民健康、增進公共衛生之公
12 共利益。惟疫苗之接種並非毫無風險，現今科技仍難以排
13 除疫苗對人體可能引發難以預期之不良反應，則人民因配
14 合國家為上述公共利益而推行之預防接種政策，施打政府
15 核准之疫苗，致發生生命、身體或健康之損害，已逾越一
16 般人應忍受之程度，形成其個人之特別犧牲者，基於憲法
17 對人民生命權、健康權平等保障之意旨，自應給予合理之
18 補償。故傳染病防治法於88年增訂第18條，而於93年1月2
19 2日修正移列為現行第30條，該條第1、4項：「(第1項)因
20 預防接種而受害者，得請求救濟補償。……(第4項)前項
21 徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之
22 資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事
23 項之辦法，由中央主管機關定之。」就在落實憲法上述意
24 旨，賦予因接種預防傳染病之疫苗而蒙受特別犧牲者，得
25 據以請求損失補償之權利，以資救濟。

26 2. (110年2月18日修正後，下同) 審議辦法第2條第1項：
27 「本人或母體疑因預防接種而受害者，得依本辦法之規定
28 請求救濟。」第5條：「預防接種受害救濟給付種類及請
29 求權人如下：□死亡給付：疑似受害人之法定繼承人。□
30 障礙給付：疑似受害人。□嚴重疾病給付：疑似受害人。
31 □其他不良反應給付：疑似受害人。」第9條：「中央主

01 管機關為辦理預防接種受害救濟之審議，應設預防接種受
02 害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任務如下：□
03 預防接種受害救濟申請案之審議。□預防接種與受害情形
04 關聯性之鑑定。□預防接種受害救濟給付金額之審定。□
05 其他與預防接種受害救濟之相關事項。」第10條：「(第1
06 項)審議小組置委員19人至25人；委員由中央主管機關就
07 醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，
08 並指定1人為召集人。(第2項)前項法學專家、社會公正人
09 士人數，合計不得少於3分之1；……。(第3項)委員任期2
10 年，期滿得續聘之；任期內出缺時，得就原代表之同質性
11 人員補足聘任，其任期至原任期屆滿之日止。(第4項)審
12 議小組之召集人，負責召集會議，並擔任主席。召集人因
13 故不能出席時，由委員互推一人為主席。」第13條：
14 「(第1項)審議小組鑑定預防接種與受害情形關聯性之分
15 類如下：□無關：有下列情形之一者，鑑定結果為無關：
16 (一)臨床檢查或實驗室檢驗結果，證實受害情形係由預防接
17 種以外其他原因所致。(二)醫學實證證實無關聯性或……。
18 (三)醫學實證支持其關聯性。但受害情形非發生於預防接種
19 後之合理期間內，或經綜合研判不足以支持其關聯性。□
20 相關：符合下列情形者，鑑定結果為相關：(一)醫學實證、
21 臨床檢查或實驗室檢驗結果，支持預防接種與受害情形之
22 關聯性。(二)受害情形發生於預防接種後之合理期間內。(三)
23 經綜合研判具有相當關聯性。□無法確定：無前2款情
24 形，經綜合研判後，仍無法確定其關聯性。(第2項)前項
25 醫學實證，指以人口群體或……為研究基礎，發表於國內
26 外期刊之實證文獻。(第3項)第1項綜合研判，指衡酌疑似
27 受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種類似疫苗後
28 之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性及其他
29 相關因素所為之醫療專業判斷。」第17條第1款：「預防
30 接種受害救濟案件，有下列各款情形之一者，不予救濟：
31 □發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防接種

01 確定無關。」第18條：「(第1項)審議小組依救濟給付種
02 類，審定給付金額範圍如附表(附表將『無法確定』關聯
03 性者亦納入受害救濟給付金額範圍)。(第2項)審定給付金
04 額，應依受害人之受害就醫過程、醫療處置、實際傷害、
05 死亡或致身心障礙程度、與預防接種之關聯性及其他相關
06 事項為之。(第3項)障礙程度之認定，依身心障礙者權益
07 保障法令所定障礙類別、等級。(第4項)嚴重疾病之認
08 定，依全民健康保險重大傷病範圍或嚴重藥物不良反應通
09 報辦法所列嚴重藥物不良反應。(第5項)給付種類發生競
10 合時，擇其較高金額給付之；已就較低金額給付者，補足
11 其差額。」

12 3.參照前揭審議辦法規定，關於預防接種受害情形關聯性之
13 鑑定及給付金額之審定，悉由被告遴聘醫藥衛生、解剖病
14 理、法學專家或社會公正人士所組成之審議小組為審議決
15 定，不受被告之指揮監督；審議小組所為預防接種與受害
16 情形關聯性之鑑定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知
17 識，是基於其組織獨立性及專業性，審議小組就上開事項
18 作成之專業鑑定，應認享有判斷餘地，行政法院原則上應
19 予尊重，而採取較低之審查密度，然非不審查，如審議小
20 組之判斷有恣意濫用或組織不合法、未遵守法定正當程序
21 等顯然違法情事者，行政法院應予以審查，並依法撤銷
22 之。

23 (二)系爭申請案審議流程概要：

24 1.原告前於110年11月第一次申請預防接種受害救濟，經審
25 議小組以具無法確定關聯性核予10萬元後，再於111年10
26 月3日主張「於111年8月24日因此不良反應致下肢無法行
27 走，鑑定有殘障手冊」之情，提出系爭申請案，經地方主
28 管機關即臺南市政府衛生局調取原告之預防接種紀錄、醫
29 療院所診斷證明書、就醫病歷資料等(參原處分卷第6頁
30 至第466頁)，就個案進行調查後，連同申請書及相關證
31 明資料送請中央主管機關即被告審議。

01 2. 審議小組指定2位醫學委員先行調查研究、做成初步鑑
02 定，其結果為：

03 (1) 「一、案情概要補充：個案為42歲女性，110年8月23日
04 接種高端疫苗第一劑，9月28日接種高端疫苗第二劑，1
05 0月17日至10月25日四肢無力就醫，經系列檢查證實為G
06 uillain-Barre症候群，經111年7月8日衛援疾字第0000
07 000000號函辦理，並經VICP（按：Vaccine Injury Com
08 pensation Program，預防接種受害救濟審議小組）182
09 次委員會決議給予新臺幣10萬元救濟。110年11月23日
10 又因四肢無力至高雄榮總臺南分院住院治療，110年12
11 月15日至111年7月13日間至復健診所治療8次，後續追
12 蹤仍表示下肢無力，3月1日至9月1日再至奇美醫院就
13 醫，NCV（按：Nerve Conduction Velocity，神經傳導
14 速度）仍顯示脫髓性多發性神經根病變，與110年11月8
15 日報告相比改善不多，8月24日變更身心障礙鑑定為中
16 度，據9月28日病歷記載雙上肢肌力4分，雙下肢肌力5
17 分，因此案身心障礙等級為中度，擬再給予20萬救
18 濟。」、「二、初步鑑定意見：……(二)〔承上，此症狀
19 發生時間是否符合醫學常理之合理時間〕『是』。……
20 (四)〔就醫後相關臨床檢查（例. 影像學/神經傳導）是否
21 正常〕『否』，11月9日四肢NCV檢查報告show The NCV
22 study is compatible with severe demyelinating po
23 lyneuropathy. 腦脊髓葡萄糖：38mg/dL↓、總蛋白：1
24 19.1mg/dL↑，細菌及病毒均未檢出。……(六)其他補充
25 （例. 有關之疾病史/藥物史、此次症狀之診斷、解剖報
26 告等）：奇美醫院住院期間個案共接受5次血漿置換
27 術。奇美醫院111年8月24日醫師協助個案變更身心障礙
28 證明為中度。成大醫院111年9月28日病歷記載個案雙上
29 肢肌力為4分，雙下肢為5分，與發病時相較已顯著恢復
30 （雙上肢：3分，雙下肢：2分）。(七)鑑定總結（若判斷
31 依據有涉醫學常理，請務必簡述判斷依據或學理機

01 轉)：臨床上符合GBS診斷。時序上無法排除關聯性。
02 但後續追蹤紀錄顯示顯著進步。」、「鑑定結果：無法
03 確定。」(原處分卷第518頁、第519頁)

04 (2)「一、案情概要補充：--通報事件描述--2021/11/01入
05 急診：病人於08/23/2021施打Cov_Medigen(高端)疫
06 苗，距今已70天。A 42 y/o woman suffered from pro
07 gressive general weakness for 2+ weeks, so she w
08 as transferred from our Neuro OPD for r/o GBS. Sh
09 e also mentioned about whole abdominal pain for
10 weeks before this episode s/p PES, Echo, and blo
11 od test without definite diagnosis. 2021/11/05 鬱
12 症、恐慌症病史。11/1因全身無力兩週至門診求治，因
13 懷疑Guillain-Barre氏症候群建議打腰椎穿刺故轉入，
14 腦脊髓液顯示Total Protein (63.8mg/dL)，腦部斷層
15 暫無急性問題，診斷虛弱、腹痛。Guillain-Barre氏症
16 候群收住院，神經內科周○和醫師囑高劑量類固醇使用
17 三天；因解尿困難故放置尿管；班內呼吸平順，四肢肌
18 力如上，訴雙下肢無力存暫無麻木感，尿管引流順，家
19 屬辦續現上病房。昏迷指數E4V5M6；Muscle Power左上
20 肢：4分，左下肢：2分，右上肢：4分，右下肢：2分。
21 2021/11/08，自11/8開始執行血漿置換至11/12，與執
22 行復健。2021/11/15，病人意識清楚，呼吸平順，雙上
23 肢肌力4級，雙下肢肌力2級。--追蹤關懷內容--2021/1
24 1/16，9:35電訪關訪個案，過去病史：無慢性病史，個
25 案表示接種第二劑高端後1個禮拜開始出現流鼻涕、嘔
26 吐症狀，陸續曾至基層醫療院所就醫，但均無異常發
27 現，直到11/1因全身無力兩週至門診求治，因懷疑Guil
28 lain-Barre氏症候群建議行腰椎穿刺故轉入，腦脊髓液
29 顯示Total Protein(63.8mg/dL)，腦部斷層暫無急性問
30 題，診斷虛弱、腹痛、Guillain-Barre氏症候群收住
31 院，神內周○和醫師囑高劑量類固醇使用三天；因解尿

01 困難故放置尿管；目前呼吸平順，四肢肌力如下，訴雙
02 下肢無力存暫無麻木感，尿管引流順，家屬伴續現上病
03 房。昏迷指數E4V5M6；Muscle Power左上肢：4分，左
04 下肢：2分，右上肢：4分，右下肢：2分。自11/8開始
05 執行血漿置換至11/12，與執行復健。今日訪視個案意
06 識清楚，呼吸平順，雙上肢肌力4級，雙下肢肌力2級，
07 尿管維持，予以說明VICP申辦事項，案表示明白，待續
08 訪。2021/11/26、11/24電訪個案目前轉至高雄榮總臺
09 南分院住院治療中，肢體癱瘓無力，申請VICP今日已送
10 局端，續追蹤。2021/12/07，09：48致電無人接聽，20
11 21/12/07，16：45致電個案，表示目前症狀稍有好轉，
12 下半身仍無力癱瘓，12/4已於高雄榮總臺南分院出院，
13 後持續於奇美醫院追蹤病況，續追蹤其病況。2021/12/
14 23電話無人接聽，2022/01/04，11：10致電無人接聽，
15 13：50致電個案表示目前下肢仍無力，在家由長照人員
16 幫忙照顧起居，因個案已出院，且院方已上傳出院病
17 摘。本案擬結案。2022/05/09電詢本署法制科，本案進
18 度為病歷大致調閱完成，準備送審。」、「二、初步鑑
19 定意見：(一)接種（高端）疫苗後，約（19日）發生症狀
20 （肢體無力）。(二)〔承上，此症狀發生時間是否符合醫
21 學常理之合理時間〕『是』。(三)〔就醫後相關檢驗（/
22 培養）結果是否正常〕『否，異常』。(四)〔就醫後相關
23 林常檢查（例.影像學/神經傳導）是否正常〕『否，異
24 常』。(五)〔醫學實證是否支持症狀及預防接種之關聯
25 性〕『支持』。」、「鑑定結果：無法確定。」（原處
26 分卷第521頁至第523頁）。

27 (3)另法律/社會公正人士委員建議表則記載：「綜合建
28 議：1. 本案醫療委員鑑定申請人接種高端疫苗第二劑，
29 110年10月17日至10月25日四肢無力就醫，經系列檢查
30 證實為Guillain-Barre症候群，經111年7月8日衛援疾
31 字第0000000000號函辦理，並經VICP182次委員會決議

01 給予新臺幣10萬元救濟。2. 申請人110年11月23日又因
02 四肢無力至高雄榮總臺南分院住院治療，110年12月15
03 日至111年7月13日間至復健診所治療8次，後續追蹤仍
04 表示下肢無力，111年3月1日至9月1日再至奇美醫院就
05 醫，NCV仍顯示脫髓鞘性多發性神經根病變，與110年11
06 月8日報告相比改善不多，8月24日變更身心障礙鑑定為
07 中度。據9月28日病歷記載雙上肢肌力4分，雙下肢肌力
08 5分，因此案身心障礙等級為中度，建議再（誤寫為
09 在）予以救濟。3. 依預防接種受害救濟基金徵收及審議
10 辦法第13條第1項第2款『符合受害情形發生於預防接種
11 後之合理期間內情形者，鑑定結果為相關。』因鑑定結
12 果為相關，建議給予救濟。4. 依預防接種受害救濟基金
13 徵收及審議辦法第18條第1項及其附表其他不良反應給
14 付之規定，及考量申請人變更身心證明為中度、遭受身
15 體之痛楚與時程，核予救濟金新臺幣200,000萬元
16 （『萬』字應屬贅寫）。」、「鑑定結果：相關/無法
17 確定」（原處分卷第524頁、第525頁）

18 3. 前述初步鑑定及相關資料卷證，嗣提交審議小組112年4月
19 27日第201次會議審議，並作成審議決定：「本案經審
20 議，適用行政程序法第128條第1項第2規定『發生新事實
21 或發現新證據者，但以如經斟酌可受較有利益之處分者為
22 限』。個案臨床表現符合格林巴利症候群之診斷。依據病
23 歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果等研判，其症狀無
24 法確定與接種COVID-19疫苗（高端）之關聯性，依據『預
25 防接種受害救濟基金徵收及審議辦法』第18條第1項及其
26 附表障礙給付之規定，核予救濟金新臺幣20萬元，與前次
27 合計給予救濟金新臺幣30萬元。」（原處分卷第473頁）

28 (三) 審議組織、程序之審查：

29 查，111年度至112年度審議小組係由24名委員組成，其中醫
30 藥衛生、解剖病理等醫療專業委員16名，其領域涵蓋小兒感
31 染、小兒神經、婦產科（產科）、兒童心臟、小兒科、神經

01 內科、血液疾病科、分子與基因學組病理學科、小兒過敏免
02 疫、小兒腎臟、婦科病理、細胞病理等，而法學專家或公正
03 人士則為8名，任期除吳○達、張○卿兩位委員係代表社會
04 團體出任，其任期隨本職進退，另傅○嫻委員任期自111年5
05 月31日至112年12月31日外，餘均自111年1月1日起至112年1
06 2月31日止。審議小組第201次會議召開時，連同主席一共16
07 名委員出席，另有翁○甫等5名醫師專家出席等情，則有前
08 開會議紀錄可查（原處分卷第468頁至第509頁），並有審議
09 小組委員名單（原處分卷第527頁、第528頁）；簽到單（本院
10 卷第227頁至第231頁）可參，是審議小組之組成、審議程
11 序，經核與審議辦法第10條第1項、第2項規定並無不符。又
12 被告既係綜合審酌病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗結果
13 等個案受害狀況及所有相關因素，作成原告接種系爭疫苗與
14 其致生不良反應受害情形間屬無法確定之因果關聯性的醫療
15 專業判斷，應認屬被告判斷餘地之範疇，且難認有判斷恣意
16 濫用或組織不合法、未遵守法定正當程序等違法情事，本院
17 應予尊重。

18 (四)審議小組決議之審查：

19 1.按行政訴訟法第5條第2項規定：「人民因中央或地方機關
20 對其依法申請之案件，予以駁回，認為其權利或法律上利
21 益受違法損害者，經依訴願程序後，得向行政法院提起請
22 求該機關應為行政處分或應為特定內容之行政處分之訴
23 訟。」是課予義務訴訟，係人民本於實體法上之公法請求
24 權，請求行政機關作成行政處分，為行政機關否准，或於
25 法令所定期間內應作為而不作為，所為之救濟。又人民依
26 法令向行政機關請求作成行政處分，其請求權之存在與
27 否，應取決於其所據以申請之實體法規定；在人民提起課
28 予義務訴訟請求救濟之過程中，因法律狀態嗣後變更，足
29 以影響訴訟之結果，基於法治國家依法行政原則之要求，
30 除實體法上有特別規定外，行政法院就課予義務訴訟為審
31 理時，對於原告公法上請求權是否存在、行政機關有無行

01 為義務之判斷，原則上應以裁判時之法律狀態為準。（最
02 高行政法院109年度判字第654號判決意旨參照）

03 2.原告提出本件救濟申請時，申請書所記載病情雖僅有「下
04 肢無法行走」、「鑑定有中度殘障手冊」等情，然查原告
05 就醫病歷資料中，國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成
06 大醫院）於111年9月19日收治原告時急診檢傷分類中，已
07 有「病患來診表示PID（按：Pelvic Inflammation Disea
08 se，骨盆腔發炎）已治療一個月左右，因仍有頻尿不適故
09 入欲待住院」記載，該醫院111年9月28日出院報告中，亦
10 有Pelvic Inflammation Disease（PID，骨盆腔發炎）、
11 urinary incontinence（尿失禁）、difficulty voiding
12 （排尿困難）等診斷（原處分卷第153頁），迄原告不服
13 原處分而提起訴願，且再提出成大醫院診斷證明書，載稱
14 原告於111年10月6日、13日在該院門診之診斷為「神經性
15 膀胱」與「格林巴利症候群」（訴願卷一第6頁），則原
16 告有主張上開神經性膀胱為系爭接種所致不良反應之意，
17 應屬明確。另按格林巴利症候群係侵犯運動、感覺及自主
18 神經系統之神經病變，其症狀包括肢體麻刺、無力，吞嚥
19 困難、無法站立行走、乃至大小便不能控制等，有原告所
20 提台大醫院健康電子報（113年11月204期）可參（本院卷
21 第278頁），可見罹患格林巴利症候群，確有併發排泄功
22 能障礙之可能。

23 3.本件審議小組第201次會議決議原告之格林巴利症候群與
24 系爭疫苗之關聯性為無法確定，然依前揭決議內容並無法
25 判斷審議小組是否曾就原告神經性膀胱問題予以審酌。觀
26 諸2名醫學委員所提出之初步鑑定報告，其中一位委員報
27 告中雖有「解尿困難」之病情描述，惟在「初步鑑定意
28 見」欄則無其他說明，故兩份初步鑑定報告亦無從作為原
29 告「神經性膀胱」與系爭接種有無關聯性、應否補償之判
30 斷依據。再參酌被告所提出審議小組第201次會議之會議
31 資料中關於原告部分（個案編號：4527-2），其綜合建議

01 為「1.本案醫療委員鑑定申請人接種高端疫苗第二劑，11
02 0年10月17日至10月25日四肢無力就醫，經系列檢查證實
03 為Guillain-Barre症候群，經111年7月8日衛援疾字第000
04 0000000號函辦理，並經VICP182次委員會決議給予新臺幣
05 10萬元救濟。2.申請人110年11月23日又因四肢無力至高
06 雄榮總臺南分院住院治療，110年12月15日至111年7月13
07 日間至復健診所治療8次，後續追蹤仍表示下肢無力，111
08 年3月1日至9月1日載至奇美醫院就醫，NCV仍顯示脫髓鞘
09 性多發性神經根病變，與110年11月8日報告相比改善不
10 多，8月24日變更身心障礙鑑定為中度。據9月28日病歷記
11 載雙上肢肌力4分，雙下肢肌力5分，因此按身心障礙等級
12 為中度，建議再（誤寫為『在』）予以救濟。3.依預防接
13 種受害救濟基金徵收及審議辦法第13條第1項第2款『符合
14 受害情形發生於預防接種後之合理期間內情形者，鑑定結
15 果為相關』。因鑑定結果為相關，建議給予救濟。4.依預
16 防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第18條第1項及其附
17 表其他不良反應給付之規定，及考量申請人變更身心障礙
18 正名為中度，遭受身體之痛楚與時程核予救濟金新臺幣20
19 0,000元（贅寫『萬』字）。」；另救濟金試算結果則為
20 「個案4527-2之給付金額共計106,000元，包含：1、門急
21 診與復健（含交通）：13次×（500+2,500）元=39,000
22 元。2、住院（含交通）：22天×3,000元+1,000元=67,00
23 0元。」（本院卷第415頁），從審議小組決議、醫學委員
24 初步鑑定報告、以及會議審議資料均未提及原告所罹「神
25 經性膀胱」，堪認審議小組就原告系爭接種之救濟，並未
26 考量該項症狀。至於訴願程序中，原告已經提出前揭成大
27 醫院診斷證明書並主張另有「神經性膀胱」之不良反應，
28 訴願決定則略以：「預防接種受害救濟給付係屬補償而非
29 賠償，且因預防接種受害而就醫並接受各項醫療處置，實
30 際醫療支出多數費用皆由健保負擔，可知預防接種受害救
31 濟給付係在給予受害人非健保給付之醫療支出補貼，或精

01 神損耗之金錢補償，至於受害人工作能力喪失或減少之生
02 活扶助等事項並非審議辦法第18條第2項規定之客觀上必
03 要衡量因素；另查原告『神經膀胱炎』屬感染所致，與神
04 經疾病之格林巴利症候群無涉，與接種系爭疫苗無關」等
05 情，駁回原告之訴願，可知訴願機關係將原告主張之「神
06 經性膀胱」當成罹患格林巴利症候群後另行衍生之其他後
07 遺症，而非格林巴利症候群諸多徵狀之一，訴願機關亦未
08 對原告之「神經性膀胱」與系爭疫苗之關聯性及如何救濟
09 予以審酌。

10 4.大小便不能控制既然為格林巴利症候群可能之併發症狀，
11 原告且因尿失禁、排尿困難經成大醫院診斷罹有「神經性
12 膀胱」，此排尿症狀在身體系統構造或功能上所呈現之損
13 傷或不全，是否導致顯著偏離或喪失，並影響原告活動與
14 參與社會生活，審議小組自應一併判斷與接種系爭疫苗間
15 之因果關聯是否同為「無法確定」，並裁量審定其依「障
16 礙給付」種類得請求救濟補償之金額。惟審議會卻漏未予
17 審究，僅就格林巴利症候群所致四肢（尤其是下肢）無力
18 症狀與接種疫苗間之因果關聯作成「無法確定」之鑑定結
19 論，並依此審定該部分申請應依「障礙給付」核給救濟補
20 償，經核即有基於不完全資訊而為審定判斷及裁量怠惰之
21 情事。

22 七、綜上所述，原處分雖認原告所罹格林巴利症候群導致下肢無
23 力，與接種系爭疫苗之關聯性為無法確定，並決議再核予原
24 告20萬元救濟，然審議小組就原告本件預防接種受害案件之
25 審議，關於原告「神經性膀胱」部分與預防接種之因果關係
26 認定乃至應給付救濟補償之金額，顯未審酌而有瑕疵，訴願
27 決定未予糾正，亦無可維持，均應予撤銷。又原告提起課予
28 義務訴訟聲明請求給付救濟補償，關於其所罹症狀與接種系
29 爭疫苗間之因果關聯及應給付救濟補償之金額，仍有待審議
30 小組為適法之判斷與裁量決定，事證未臻明確，被告應依本
31 判決之法律見解，對於原告申請案重為審酌並作成決定。

01 八、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及聲明陳述，於
02 判決結果無影響，爰不逐一論列，附此敘明。

03 據上論結，本件原告之訴為一部有理由，一部無理由，依行政訴
04 訟法第104條、民事訴訟法第79條，判決如主文。

05 中 華 民 國 114 年 3 月 27 日

06 審判長法官 蕭忠仁

07 法官 許麗華

08 法官 吳坤芳

09 一、上為正本係照原本作成。

10 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
11 提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內
12 補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，
13 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
14 繕本）。

15 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，
16 逕以裁定駁回。

17 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
18 法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不
19 委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。
20

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。

01

<p>(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</p>	<ol style="list-style-type: none">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。

02

中 華 民 國 114 年 3 月 27 日

03

書記官 何閣梅