



Journal of Taipei Medical Association

2019

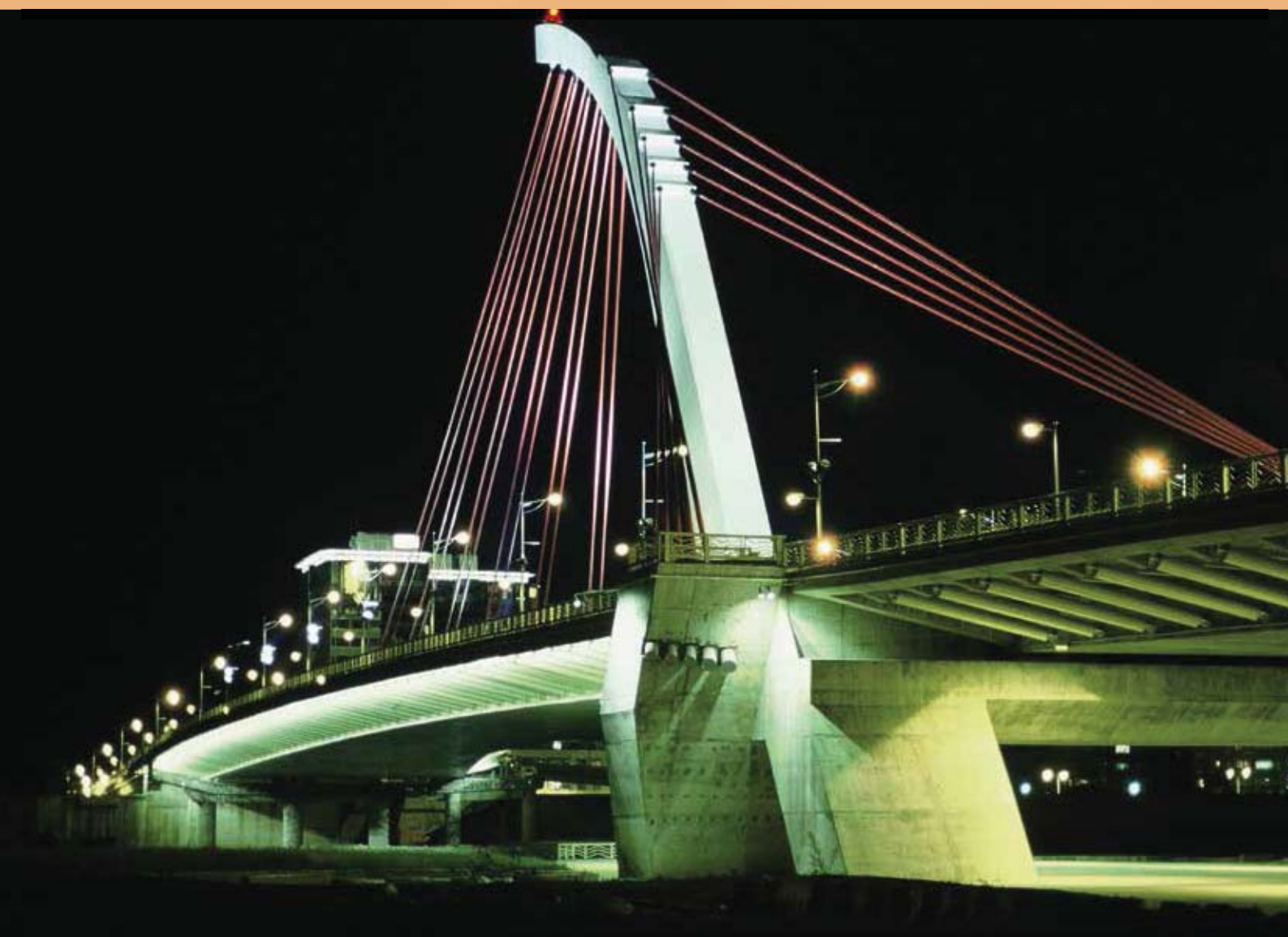
63卷·第11期

發行人/邱泰源

總編輯/黃國晉

執行長/陳彥元

臺北市醫師公會會刊



- 老人衰弱症及多面向功能自動化檢測評估
- 脊髓損傷病患之急性腹症
- 過敏性休克之急救

目錄

Contents

常務監事的話	談分級醫療	王三郎	2
會務公告	一〇八年度資深醫師名單		3
	第四屆好書獎得獎名單		8
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		10
醫政公文	重要政令轉知會員		22
醫事法律	刀房喋血－臺灣臺南地方法院107年度 囑訴字第1號刑事判決評析	薛喆一、廖沅嘉、黃梅君、 葛謹	32
學術專論	老人衰弱症及多面向功能自動化檢測評估	陳慶餘	38
	脊髓損傷病患之急性腹症	李林鍵	51
	過敏性休克之急救	蘇培易、李安阜、石祐林、 嚴閎騰、李建璋	54
會員園地	服務欄／懷念與追思		60
	開懷篇	陳志鑫	61

發行人：邱泰源

執行長：陳彥元

編輯顧問：曾春典

總編輯：黃國晉

副總編輯：陳彥元、蔡勝國

本期執行編輯：劉致和

本期副執行編輯：蔡勝國

編輯：王建人・王森德・吳慶南・馬大勳・
高東煒・陳曾基・黃偉新・劉秀雯・
劉致和・趙家德

助理編輯：蔡蕙芳

出版：台北市醫師公會

郵政劃撥帳號：00148090

台北市醫師公會會址：106台北市信義路二段74號6樓

電話：(02)2351-0756

傳真：(02)2351-0739

P.38

P.61

P.66

P.86

P.91

攝影秀－凱古拉的黃昏

吳國鈞

62

漫畫醫林－醫師怎麼沒跟我強調一定要按時吃藥

王國新

64

杏林隨筆

不斷「搬家」的中央車站（上）

廖俊智

66

生活醫療法律

醫療法律生活化系列（83）－

李志宏

77

重複用藥費用管理（下）－又是陷阱嗎？

醫林特稿

美國醫師接受賄賂而受審判刑的案例

朱真一

86

醫婦會園地

The Beautiful Brain: The Drawings of Santiago Ramón y Cajal、

91

親情・故居情（二）

繼續教育

本會學術教育課程表

96

投稿簡則

歡迎惠賜稿件

封底裡

廣告資訊

玉山金控 37・家扶基金會 59・勵馨基金會 65・種好田・食安心 84/94

網址：www.tma.org.tw

e-mail(投稿專用)：tma09@tma.org.tw

e-mail(會員專用)：tma06@tma.org.tw

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌第2354號

中華郵政台字第4210號雜誌交寄執照

會務顧問：劉承武

法律顧問：恆昇法律事務所 楊榮宗律師

臺北市中山區復興南路一段36之10號7樓

電話：(02)8772-3070

封面簡介

封面主題：大直橋夜色

橫跨基隆河兩岸的大直橋，2003年改建為釣竿式斜張橋型式設計，南接濱江街/復北地下道，北接大直地區。

作者：王英明

服務院所：繆思信義診所

談分級醫療

常務監事 王三郎

健保法第43條規定民眾應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔百分之三十、百分之四十、百分之五十，其立法精神即是分級醫療。疾病依嚴重度的病人數目，其分布成金字塔型，在底層輕症較多，中度或嚴重者才到地區、區域醫院或醫學中心治療。當時無法實施，是否是因訂得太高難以推行或者其他因素介入，不得而知。由此觀之，部分負擔的調整是需要檢討，也有利於分級醫療的推動。

健保列車開動後，邊動邊修。為了財務的管控，牙醫總額、醫院總額、基層總額相繼出現。在此制度下，非一點一元，點值是浮動的，醫療費用是會打折扣的。基層總額實施前的討論會中，醫師主張如果點值下限低於0.95時要補足，健保人員則說大於1.0時是否要收回。大家微笑著，心想保平安就好，別想添福壽。總額的浮動點值，醫事人員的心事誰人知？希望分級醫療的推動有利於一點一元的早日實現。

公會在去年九月理監事聯席會議成立了分級醫療及轉診服務之醫院及基層溝通平台小組，定期召開會議、推動標竿學習，並請各院分享與診所之合作模式。如臺大醫院的星月計畫，臺大醫院邀請了大台北地區400多家基層診所與地區醫院，共同結盟成立健康照護網路。簽約後彼此合作、資訊互通、相互交流，

促使醫療資源最有效的利用，以病人為中心，讓病人得到最完美的治療。

此外分級醫療之實施也要有配套措施，除了部分負擔的適度調整外，二代健保44條：「為促進預防醫學、落實轉診制度並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」目前的家庭醫師整合照護制度能導引民眾在基層就醫，厝邊的醫師即為你的家庭醫師，良好的醫病關係也有利於分級醫療的推動。

最後也要提升病人的健康識能及自我健康的照護能力，必須透過教育系統，從健康教育著手才能達到事半功倍的效果，目前台大星月計畫中，對民眾的教育「聰明就醫一二三」：即告訴病人每個人要有「一」個家庭醫師，不宜在超過「二」家醫療院所就診，不宜超過「三」個慢性病門診。是相當好的說明。這個聰明就醫宣導，全民的接受度如何？隨時檢討推動，困難之處提出解決方法，且有配套措施。水到渠成的效果指日可待。此時，公會之溝通平台小組就非常重要了。🇹🇼

一〇八年度資深醫師名單

滿七十年以上資深醫師

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. 林迺惠(76) | 2. 林大鵬(76) | 3. 馮德壽(76) | 4. 孔祥泰(74) | 5. 吳寬輝(74) |
| 6. 邱文雄(74) | 7. 郭維租(74) | 8. 藍思齊(74) | 9. 王桃蓀(73) | 10. 陳炯暉(73) |
| 11. 謝宣發(73) | 12. 田可高(71) | 13. 姚效純(71) | 14. 張文述(71) | 15. 陳學曾(71) |
| 16. 黃時文(71) | 17. 趙錦芳(71) | 18. 尹國霖(70) | 19. 李荔清(70) | 20. 李雲忠(70) |
| 21. 林守田(70) | 22. 俞瑞璋(70) | 23. 黃榮輝(70) | 24. 鄒傳愷(70) | 25. 劉登連(70) |
| 26. 蕭焱堯(70) | | | | |

滿六十五年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 王占奎 | 2. 李義三 | 3. 侯書文 | 4. 姜必寧 | 5. 連文彬 |
| 6. 楊成錦 | | | | |

滿六十年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 卜國防 | 2. 王秋華 | 3. 邱泉濱 | 4. 彭芳谷 | 5. 彭碧岳 |
| 6. 劉德三 | 7. 鄭俊達 | 8. 羅定遠 | | |

滿五十五年資深醫師

- | | | | | |
|--------|---------|--------|--------|---------|
| 1. 王世名 | 2. 皮琛 | 3. 何文佑 | 4. 杜崑吉 | 5. 沈楚文 |
| 6. 周集祥 | 7. 林永豐 | 8. 張克孚 | 9. 劉榮宏 | 10. 蔡繼志 |
| 11. 龍生 | 12. 羅志剛 | | | |

滿五十年資深醫師

- | | | |
|--------|--------|--------|
| 1. 張曉寧 | 2. 陳宜豐 | 3. 曾邦彥 |
|--------|--------|--------|

滿四十五年資深醫師

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. 方昌禮 | 2. 王家槐 | 3. 王朝弘 | 4. 本多秀光 | 5. 石賢彥 |
| 6. 朱晨雄 | 7. 何信明 | 8. 吳有豐 | 9. 吳坤光 | 10. 吳秋文 |
| 11. 吳振龍 | 12. 吳國驊 | 13. 吳輝明 | 14. 吳濬哲 | 15. 宋士文 |
| 16. 李力成 | 17. 李文瑄 | 18. 李正義 | 19. 李汝森 | 20. 李淑美 |
| 21. 李壽東 | 22. 李壽星 | 23. 李寧 | 24. 李榮基 | 25. 李鳳利 |
| 26. 周孫衍 | 27. 周清光 | 28. 林志聖 | 29. 林承箕 | 30. 林東燦 |
| 31. 林威善 | 32. 林重涵 | 33. 林振興 | 34. 林愷碩 | 35. 林鈺燦 |
| 36. 林嘉理 | 37. 林繼昌 | 38. 邱世昌 | 39. 邱照蓉 | 40. 侯存智 |

41.施純堯	42.柯敏毓	43.洪正昇	44.洪克明	45.洪啟輔
46.洪傳岳	47.洪耀仁	48.紀秀華	49.紀啟章	50.胡煒明
51.孫向之	52.徐乃庚	53.翁光裕	54.袁九重	55.高添富
56.張玉嶺	57.張宗達	58.張尚哲	59.張芳杰	60.張國治
61.張傳芳	62.張敬文	63.張道瑞	64.張學逸	65.梁灝根
66.符振中	67.莊仁堂	68.莊垂慶	69.許明全	70.許金川
71.許重得	72.許敬業	73.許瓊心	74.連江豐	75.陳溫良
76.陳天雄	77.陳光彥	78.陳秀鳳	79.陳邦基	80.陳映雪
81.陳重熙	82.陳浩熙	83.陳啟明	84.曾春典	85.辜春鐘
86.黃天祥	87.黃世傑	88.黃立雄	89.黃金山	90.黃國榮
91.黃博裕	92.黃德雄	93.黃蓮奇	94.黃耀明	95.楊育正
96.楊偉章	97.楊詠麟	98.葉時光	99.葉麗華	100.葉鐵山
101.董光世	102.詹光漢	103.詹宏勳	104.鄒光漢	105.雷永耀
106.廖楚榮	107.劉文俊	108.劉秀枝	109.劉青鵬	110.劉國威
111.劉煥雄	112.劉輝雄	113.劉韓霞珍	114.劉思齊	115.歐仲修
116.歐金本	117.蔡世澤	118.蔡正河	119.蔡清霖	120.蔡敦仁
121.鄭吉鴻	122.鄭啟智	123.鄭淵堂	124.鄭傳芳	125.賴金鑫
126.賴國良	127.賴達三	128.賴德崑	129.賴德燦	130.謝芬蘭
131.謝貞銘	132.鍾秉富	133.簡哲民	134.魏崢	135.羅鴻馨
136.蘇正熙				

滿四十年資深醫師

1.于西海	2.王桂良	3.王顯昭	4.石台平	5.江翠如
6.吳俊逸	7.吳振光	8.吳國欽	9.呂台瑞	10.李善敬
11.周固	12.周宜宏	13.周嘉裕	14.周榮敏	15.林幸榮
16.林俊彥	17.林素玲	18.林清泉	19.林惠瓊	20.林登龍
21.林資琛	22.林碧海	23.林繼昌	24.林繼國	25.金光亮
26.洪永樂	27.胡煌基	28.范姜正仁	29.孫卓卿	30.徐典雄
31.徐岳森	32.祝本元	33.索任	34.高淑卿	35.涂白河

36.張永昌	37.張延驊	38.張明志	39.張俊祥	40.梁惟信
41.張美齡	42.張衍爐	43.張德高	44.梁有松	45.梁錦華
46.莊立民	47.莊靜芬	48.許博智	49.陳志鑫	50.陳威璋
51.陳政仁	52.陳昭富	53.陳柏豪	54.陳祈安	55.陳家駒
56.陳高識	57.陳瑞灝	58.陳漢湘	59.陳廣天	60.陳德駿
61.陳耀炳	62.章其應	63.彭明仁	64.曾漢民	65.游泰炯
66.黃千玲	67.黃大為	68.黃中豪	69.黃世鴻	70.黃常哲
71.黃瑞麟	72.黃德豐	73.楊明叡	74.楊泮池	75.楊賢馨
76.楊樹昌	77.溫武慶	78.溫港生	79.葉森洲	80.熊永萬
81.劉奕添	82.劉美瑾	83.劉國旺	84.劉清山	85.劉瑞德
86.劉瑞聰	87.劉鎮	88.蔡旭山	89.蔡瑞章	90.鄭振鴻
91.鄭慶明	92.黎惠波	93.盧金成	94.蕭弘道	95.蕭正偉
96.蕭信雲	97.蕭開平	98.賴基銘	99.賴達昌	100.禰麗霞
101.謝汝敦	102.謝勝任	103.謝霖芬	104.謝燦堂	105.鍾佩珍
106.鍾壽錠	107.顏哲傑	108.譚雯栩	109.蘇仁和	

滿三十五年資深醫師

1.丁綺文	2.王三德	3.王孝文	4.王志堅	5.王明
6.王復德	7.王碩	8.王錦堂	9.白正光	10.朱正心
11.江伯倫	12.江俊松	13.余振興	14.吳任懷	15.吳忠發
16.吳采虹	17.吳啟東	18.吳惠東	19.呂松竹	20.呂衍孟
21.李秉穎	22.李建和	23.李建南	24.李晉明	25.李詩應
26.李道南	27.李潤川	28.汪漢澄	29.周正成	30.周秉義
31.周冠生	32.周傑	33.周嘉揚	34.周錦德	35.季匡華
36.林木鍊	37.林伯儒	38.林志雄	39.林辰	40.林佳宏
41.林明中	42.林長熙	43.林厚鈞	44.林建福	45.林雲谷
46.林錫勳	47.邱士榮	48.邱文祥	49.邱泰源	50.邱智勇
51.邱銘章	52.侯武郁	53.姜傑	54.施一新	55.施並富
56.施鴻鳴	57.洪瑞隆	58.洪鴻龍	59.胡伯賢	60.胡朝乾

61.胡瑞恆	62.孫光煥	63.孫瑞昇	64.徐惠松	65.納祖德
66.高偉峰	67.高鳴傑	68.張史雍	69.張正弘	70.張正忠
71.張宏江	72.張志成	73.張杰仁	74.張峰義	75.張淑境
76.張逸良	77.梁繼權	78.許文龍	79.許居誠	80.許南榮
81.許堅毅	82.郭文雄	83.郭鐘金	84.陳中和	85.陳中明
86.陳中明	87.陳世隆	88.陳弘毅	89.陳如芬	90.陳宏明
91.陳志賢	92.陳長志	93.陳建正	94.陳恆德	95.陳英傑
96.陳偉踐	97.陳國泰	98.陳淮	99.陳富鈞	100.陳賢立
101.陳震寰	102.彭清霖	103.黃正賢	104.黃宏仁	105.黃秀群
106.黃郁文	107.黃瑞冰	108.黃銘超	109.黃麗珊	110.楊崑德
111.楊斐適	112.楊智欽	113.楊欽瑞	114.楊誠弘	115.萬祥麟
116.葉春興	117.褚乃銘	118.趙勝基	119.趙毅	120.劉炳中
121.劉哲仰	122.劉朝崇	123.劉瑞玲	124.劉嘉逸	125.蔡長宏
126.蔡長祐	127.蔣永孝	128.鄭子傑	129.鄭偉卿	130.鄭智仁
131.盧璐	132.賴史明	133.賴永成	134.駱至誠	135.戴中杰
136.謝仁俊	137.謝松蒼	138.謝茂志	139.謝瑞坤	140.簡立維
141.簡志龍	142.羅國峰	143.蘇宋儒		

滿三十年資深醫師

1.刁冠宇	2.仇光宇	3.方信智	4.王一中	5.王令瑋
6.王正仁	7.王志軒	8.王厚中	9.王素芳	10.王莉蓉
11.王剴鏘	12.王普光	13.王普善	14.朱本元	15.何劭倫
16.何清幼	17.余文鍾	18.余思滿	19.余振翔	20.吳永隆
21.吳江水	22.吳坤駿	23.吳宜鴻	24.吳明玲	25.吳明賢
26.吳武璋	27.吳美翰	28.吳啟誠	29.吳彬源	30.吳淑儀
31.吳華席	32.吳傳昶	33.吳滿珠	34.呂志成	35.呂宜興
36.呂金鑾	37.呂嘉順	38.李文正	93.李文漢	40.李佳竑
41.李坤泰	42.李定達	43.李重賓	44.李啟德	45.李章銘
46.李隆乾	47.李鴻福	48.杜隆成	49.杜錫杰	50.杜繼誠
51.車參薇	52.卓麗玲	53.周迺寬	54.周仁德	55.周元華

56.周文彬	57.周賢章	58.周聰鐸	59.林世基	60.林永正
61.林永煬	62.林玉玲	63.林孟勳	64.林東君	65.林振國
66.林堯彬	67.林森永	68.林榮第	69.林儒廷	70.邱仲峰
71.邱明輝	72.侯育致	73.施長慶	74.施肇榮	75.柯文欽
76.洪志平	77.洪健清	78.洪碩徽	79.胡登華	80.范光偉
81.范盛堯	82.韋翔	83.唐德成	84.夏一新	85.夏振源
86.孫立文	87.孫揚忠	88.徐文治	89.徐以政	90.徐先和
91.徐佳福	92.袁國棟	93.婁培人	94.常慧如	95.張成富
96.張江麗慧	97.張宏	98.張育驍	99.張孟源	100.張怡
101.張美洋	102.張原肇	103.張榮興	104.張蔡源	105.曹殿萍
106.莊天仁	107.莊志聰	108.莊美幸	109.許立奇	110.許智恭
111.許萬盛	112.連立明	113.郭炳宏	114.陳小菁	115.陳允宜
116.陳文良	117.陳石池	118.陳宇欽	119.陳孟麟	120.陳松澤
121.陳泊文	122.陳建志	123.陳建焜	124.陳政雄	125.陳紀澤
126.陳偉燾	127.陳國顯	128.陳雁玲	129.陳榮楷	130.陳聰林
131.彭明正	132.曾令民	133.曾國楨	134.游伯齡	135.焦錫孝
136.華皇道	137.華筱玲	138.馮志明	139.黃天守	140.黃志賢
141.黃佩欣	142.黃坤崙	143.黃思齊	144.黃哲宏	145.黃啟祥
146.黃勝堅	147.黃禮偉	148.黃麟智	149.楊令瑀	150.楊克仁
151.楊博勝	152.楊智超	153.楊翠蟬	154.楊聯炎	155.萬芳榮
156.葉子佩	157.葉坤輝	158.詹一秀	159.詹佳真	160.鄒樂起
161.臧汝芬	162.趙效明	163.趙國華	164.趙黎海	165.趙興隆
166.劉昌邦	167.劉祥耀	168.劉興政	169.劉興璟	170.歐陽麗華
171.潘立偉	172.潘如瑜	173.蔡甫昌	174.蔡尚穎	175.蔡明宏
176.蔡美莉	177.蔡蕙如	178.蔣惠欣	179.鄧立明	180.鄭乃誠
181.鄭友凱	182.鄭建興	183.鄭展志	184.薛博仁	185.謝如蘭
186.謝孟祥	187.謝屈平	188.謝松洲	189.謝政毅	190.謝博軒
191.謝適仲	192.鍾啟禮	193.簡宏志	194.簡志誠	195.簡清賢
196.藍淑馨	197.顏厥全	198.羅鉅富	199.蘇建銘	200.蘇裕盛

第四屆好書獎得獎名單

(依姓名筆劃排序)

作者	書名 / 推薦詞
吳康文	書名：快樂吳醫師Q&A 推薦詞 ★ 寓衛生教育於答問間。包羅萬象，鉅細靡遺，解釋更是精華所在。索引編製細心詳盡，足徵專業內涵。 ★ 萃取作者從醫數十年來經歷精華之大全。以Q&A的方式及精簡文字與豐富內容讓讀者一目了然，足為實用萬能的健康百寶袋。 ★ 現今眾多醫療資訊在媒體上流傳，多似是而非，有欠完整。 吳康文醫學博士以其深厚的醫學知識、豐富的臨床經驗，以簡要問答方式將860個在醫療與生活上的醫療問題導入正確方向。 是值得推薦的一本好書。
李平	書名：妥瑞症的暗夜天光 推薦詞 ★ 隨著妥瑞症的診斷日漸增多，病患父母常會困擾，藉由李平醫師在臨床經驗及細膩觀察，給家屬及周遭人正確觀念後，往往有安定作用，甚至不同的思考方式也達到治療目的。 ★ 作者以耳鼻喉科醫師的觀點，平鋪直敘方式描述妥瑞症之個人臨床經驗及成果，敘述妥瑞症的症狀與成因，例行治療及預後，並以親身的臨床經驗分享可能與扁桃腺炎之間的關係。 ★ 醫者仁心~作者將自身從業經歷與搜尋相關「妥瑞症」的資料與歷程，用正向的觀念與經驗回饋給所有正困於此病的患者與家屬！
季匡華	書名：自己的癌症自己救 推薦詞 ★ 作者在書中提出常見的十二大癌症迷思，對一般大眾教育極有助益。此外，作者在分析癌症如何自救方面提出很多科學佐證，涉獵甚深，不僅可讓讀者對此門學問獲得更多教育之提升，亦對醫師聲譽有正面效果。此書具實用性、充實性、創新性及學術性，是極優的著作。 ★ 「自己癌症自己救」一書，內文深入淺出，從對癌症的認識至癌症治療，以及自己生活的調整以避免癌症，詳細且有說服力。 ★ 作者以自身潛浸癌症治療的多年經驗，融會貫通，鉅細靡遺，舉凡手術、化療、放療、標靶治療及免疫療法，作者均深入淺出，舉一反三，中西合璧，並特別強調提升自體抗癌免疫力的重要性及多種方法。

作者	書名 / 推薦詞
林翔宇	書名：黏多醣症醫療照護手冊 推薦詞 ★ 本書以馬偕醫院小兒科黏多醣症臨床經驗為主軸，邀請各院包括神經內外科、五官科、麻醉科等引經據典參與，為國內類似主題的科普寫作立下標竿。 ★ 本手冊涵括各次專科對黏多醣病人的詳細照護，是非常專業的醫療用書，對於黏多醣病人及照顧人員有很大的助益。 ★ 本書由多位不同專科及次專科專精於黏多醣症病患照顧的醫師共同撰寫，不僅具備實用性，亦兼顧學術性，讓照顧黏多醣症患者的照顧者有所依循。
林毅欣	書名：甲狀腺的生活練習題 推薦詞 ★ 本書利用精美的圖片及表格介紹甲狀腺的病生理重要性，教育民眾應如何正確解讀相關檢查結果及如何治療，十分值得一讀。 ★ 有甲狀腺相關疾病的人不在少數，身為新陳代謝科次專科醫師的本書作者，透過平易近人的描述，躍然紙上的圖表，以及深入淺出的說明，讓讀者對於甲狀腺相關疾病有所了解。 ★ 作者融合大量的圖解與表格，將行醫多年，患者的疑惑，不厭其煩的舉例與解說，深入淺出，條理分明，淺顯易懂，讀來輕鬆自在，渾然惑解。對於坊間有關甲狀腺誤傳的醫學知識，多所導正；對於如何預防甲狀腺常見疾病，也多所著墨。是一本難得的好書。

理監事聯席會會議紀錄

期次：第十八屆第十三次

時間：一〇八年九月十八日（星期三）下午一時

地點：本會七樓會議室

理事出席：邱泰源、洪德仁、李發耀、張孟源、
劉榮森、盧異光、周賢章、黃榮堯、
蕭瑞麟、蔡勝國、黃信彰、楊境森、
詹前俊、陳適安、陳守誠、周迺寬、
劉秀雯、林應然、王建人、陳美齡

請假理事：劉建良、劉家正、黃勝堅、林石化、
蔡清標、余忠仁、陳啟明

監事出席：蔡有成、高尚志、王三郎、孫建偉、
馬大勳

請假監事：璩大成、潘如瑜、王亭貴、石賢彥

列席：彭瑞鵬顧問、陳彥元執行長

主席：邱泰源理事長 **記錄：**施玉琴

一、報告事項

(一)主席報告

彭顧問、蔡監事長、陳執行長以及各位理監事大家午安，謝謝大家撥冗出席今天的會議。昨天在立法院舉辦一場「物理治療師法暨職能治療師法修法研議公聽會」，邀集了物理治療師、職能治療師、復健醫學會、骨科醫學會及各級醫療機構代表等表達意見以做為修法的參考；除了以上法案外，醫材法、再生醫療法等法案也亟待修法，希望能在這個會期完成。在醫療整個大環境裡各種醫事都須要時間養成，是一項專業，也是一個團隊，但為了整個醫療環境的提昇、提供民眾更優質的醫療品質，所有醫事團體應該團結一起向前看，創造

更多更新的醫療領域，共同為民眾的健康把關。其他報告請參閱書面資料如下：

一、八月三日由彭瑞鵬顧問、蔡有成監事長、洪德仁常務理事、張孟源常務理事、劉家正常務理事、王三郎常務監事、陳守誠理事(全聯會理事)、陳彥元執行長和施玉琴總幹事前往金門參加金門縣醫師公會承辦之北東部暨金馬十二縣市醫師公會醫政研討會，本人則以全聯會理事長身分出席。

二、台中市醫師公會姊妹會於九月一日邀請本會到台中市全國飯店進行聯誼，受到該會陳文侯理事長及理監事熱情招待，我們也將擇期邀請姊妹會交流、聯誼。

三、九月二日召開常務理監事會議初審第廿七屆杏林獎、第八屆青年杏林獎，兩個獎項已先由醫學倫理紀律委員會委員完成書面審查，再由常務理監事進行正式會議的審查。會中討論由於服務醫師都是由各醫院推薦，相信是經過層層把關、連署，才將名單提交公會，因此考量應尊重各醫院推薦的優秀醫師，只要該醫師沒有嚴重違反醫學倫理，建議依照各醫院推薦的員額全數予以表揚名單。開業醫師甄選也是依此原則，但傅雪英醫師自我推薦杏林獎甄選，她的推薦表上沒有推薦人，只有多位連署人，不符表揚標準；惟考量傅醫師已高齡八十歲仍孜孜不倦的學習，勤於出席各種醫學會及講習會課程，故建議於適當時間頒發「勤學獎」以茲肯定。得獎名單將提此次會議複審。

四、今年醫師節大會暨聯誼晚會將於十一月三日在大直典華六樓花田盛事廳舉辦，希望各位理監事將時間預留，踴躍出席。

(二)確認第十二次理監事聯席會會議紀錄及辦理情形：通過。

(三)蔡有成監事長報告

主席、彭顧問、執行長以及各位理監事大家午安，五月份之帳目已由劉建良副召委及王三郎常務監事查閱，六月份之帳目已由周昇平委員及璩大成監事查閱，七月份之帳目已由孫維仁委員及潘如瑜監事查閱均無誤。各委員會的運作也都順利，尤其基層醫療委員會至七月已使用99%的經費，都是業務所需，公關及醫政等委員會預算執行率也都達70%以上，各委員會都依原工作計劃進行。

九月十一日在國泰醫院舉辦分級醫療會議，國泰醫院除了落實分級醫療的政策外，還派醫師支援基層診所，非常令人感動。

(四)各委員會召集委員報告

財務委員會彭召集委員瑞鵬

一、本會一〇八年五、六、七月份之收支帳目援往例由財務委員及監事代表查閱，並已於九月九日召開第十三次財務委員會議完成審查，相關報表均提此次理監事會議審議。

二、本會線上課程系統租用一年需費用133,650元，歷年來使用線上課程系統人數不多，且中華民國醫師公會全國聯合會

有相同功能系統，因此建議學術委員會再行評估是否有必要繼續租用。

醫學倫理紀律委員會劉召集委員建良

第廿七屆杏林獎、第八屆青年杏林獎已由醫學倫理紀律委員會委員書審，並於九月二日常務理監事會完成初步審查，名單將提本次理監事聯席會進行複審。常務理監事會議中建議修改「杏林獎表揚標準及推薦辦法」第五條，將通過名額由20名為原則，增加為25名。

會員服務委員會洪召集委員德仁

一、八月廿八日於本會七樓會議室召開「居家失能個案家庭醫師照護方案」共識會議，感謝臺北市政府衛生局醫事管理科何叔安科長、郭月雲股長、長期照護科王素琴簡任技正、劉惠賢科長及張語娟衛生稽查員蒞會指導，計有三十餘位醫師及醫療相關同仁參與。會議決議如下：

(一)請台北市院所踴躍加入衛福部「居家失能個案家庭醫師照護方案」。

(二)與會醫師建議本會擔任居家失能個案家庭醫師照護方案推動平台。

1. 與臺北市政府衛生局持續溝通，解決方案執行上所遇到的問題。
2. 安排相關培訓課程，讓醫護踴躍參加此方案。與臺北市政府衛生局醫事科規劃於半年內再次合作辦理預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)培訓課程。
3. 定期辦理方案執行經驗分享交流

會，對相關個案進行討論，讓各領域相互合作，創造以人為本、人文關懷的醫療環境。

4. 進行跨領域合作，相互分享在運作的專業資訊平台及可攜式檢查儀器。

二、原訂於八月九日於國泰醫院召開「分級醫療及轉診服務之醫院及基層溝通平台小組」會議，因颱風假改於九月十一日召開。

三、七月十日於七樓會議室舉辦「衛生局稽查重點說明」研討會，邀請臺北市衛生局衛生稽查科李慧芝科長主講，由邱泰源理事長及醫政法制委員會周賢章召委共同主持，計有四十餘人參加。

四、台北市衛生局函送西醫師執業執照效期將於109年1月至6月屆滿名冊，本會遂發函通知診所醫師34名及提供15家醫院所屬醫師執照到期名冊供其關心了解。

五、已於台大醫院、振興醫院及本會七樓會議室舉辦「空污衛教師資培訓課程」，計有135位西醫師及相關醫事人員參加。安排於9至10月至17所學校進行民眾空污衛教活動，於活動中發放空污衛教宣導摺頁及文宣品(飲料提袋)。感謝洪德仁常務理事、王三郎常務監事、黃信得、葉國基、洪嘉蔚、黃俊達、孫惠鈺、孫幸筠、譚健民、李兆麟、吳康文、陳志鑫、施屏、柳林瑋等醫師擔任空污衛教師。陳彥元執行長協助設計「臺北市政府環境保護局108

年補助環境教育推展事項實施計畫」問卷(國中、小學版本及大學、高中版本)，以了解空污衛教成效。

- 六、退會及停權會員不列入本會資深醫師表揚名單，一〇八年資深醫師表揚名單異動如下：

表揚年資	醫師姓名	異動說明
70年以上	陳珠璋醫師	108.6.25死亡
70年以上	曾瑞鵠醫師	108.7.21死亡
65年	史濟青醫師	108.7.23退會
45年	張典齊醫師	108.7.17經理監事會議停權
40年	丁耀宗醫師	108.7.31退會
40年	宣以理醫師	108.8.23退會
35年	鄭鴻鈞醫師	108.8.19退會
30年	羅景全醫師	108.8.23退會

依上述名單修正各年資表揚人數，表揚人數修正為643名。

年資	70 以上	65	60	55	50	45	40	35	30	合計
原表揚 人數	28	7	8	12	3	137	111	144	201	651

- 七、因詹子慰醫師逝世，士林區停業組(111-99)僅由范振武醫師擔任該組組長。

- 八、七月至八月共處理五件會員服務申請書案件，分別為民眾於診所門口跌倒爭議案、診所與患者醫療爭議案、會員提出診所健保耳鼻喉審查疑義案、第二次處理診所與患者醫療爭議案及會員與簽約診所薪資糾紛案。

- 九、六月至八月接獲十四位會員逝世消息，本會透過親交、郵寄或電子郵件方式提供慰

問信，告知會員家屬相關福利申請內容，提醒於時效內提出申請。

- 十、七月至八月會員或直系家屬公祭贈花籃計有五件，新開業診所贈盆景祝賀並請邱泰源立委辦公室贈中堂計有六件。

基層醫療委員會張召集委員孟源

- 一、台灣私立醫療院所協會為協助衛福部推動醫療費用多元支付普及推升計劃，於七月八日與悠遊卡公司拜訪本會說明計劃內容與悠遊卡裝機優惠合作方案，並分享台中敬老愛心卡之推動經驗。同時，提出三種醫療費用支付方案①【行動支付：醫指付APP(綁定信用卡)及②台灣PAY(綁定金融卡)、③電子票證：悠遊卡】，提供有意導入醫療費用多元支付之各縣市政府衛生局或醫療機構評估加入。

為能提高診所導入電子支付之意願，促使多家HIS系統廠商積極推進自家系統新增電子支付功能，於七月十七日由邱理事長立委國會辦公室召開「診所電子支付系統」協調會議，邀集台北市、新北市及基隆市醫師公會派代表與會和六家HIS廠商溝通討論推進醫療資訊HIS系統廠商與醫療機構結合導入醫療費用多元電子支付方案之可行性。本會由張孟源召集委員及會服洪德仁召集委員代表出席，當日會議結論如下：

- (一) 台灣私立醫療院所協會應針對推動計劃所進行HIS系統整合可能衍生之成本費用等相關問題，進行調查彙整並提出解決方案。對於裝機、HIS系

統、手續費額外衍生之成本問題，亦應給予合理的補助，才有利於推廣。

- (二) 悠遊卡提供裝機優惠方案應更為普及，請悠遊卡公司帶回研議提供更優惠方案，以提高診所加入的意願。

- 二、七月卅一日衛生局疾病管制科召開「108年度台北市流感疫苗接種作業」會議，由張孟源召集委員、蕭瑞麟副召集委員、周裕清副召集委員及李家祥副召集委員代表出席。衛生局宣達108年疾管署流感疫苗供貨狀況、分階段開打、校園接種作業流程及核付處置費稽核制度等政策的變更。衛生局亦說明針對補助各醫療機構執行校園流感疫苗接種作業，應適用何種類別之扣免繳憑單格式及代號刻正函詢國稅局，以維護醫療機構的權益。

同時，為提升公衛醫療服務品質於八月十四日與本會合辦「校園流感疫苗接種服務」說明會，鼓勵更多符合資格的診所加入校園合約院所，共同守護學生的健康。

- 三、八月一日衛福部醫事司與台灣私立醫療院所協會召開「推動醫療機構多元支付諮詢顧問小組」專家會議，由劉榮森常務理事代表出席。會中就「籌整多元支付優良推動合作實務案例，向各地方政府推薦說明，以共同籌劃鼓勵各層級醫療機構導入多元支付工具」、「評估醫療費用收據電子化之推動需求性與可行性」及「多元支付工具與HIS廠商結合，影響基層院所導入意願之相關問題」等議案進行討論。

四、八月二十八日邱理事長立委國會辦公室受本會所請召開「台北市流感疫苗接種時程協調」會議，邀請疾管署陳昶勳組長蒞會就「流感疫苗因WHO疫苗選株時程延遲，造成整體疫苗供貨時程較往年延後，108年度流感疫苗接種計畫所有實施對象無法依往年相同時程同步開打」乙事進行溝通，會議結論如下：

- (一) 疾管署表示接獲疫苗廠商回覆交貨期程有機會提前，待和廠商確認供貨具體數量，在考量疫苗數量許可內，再和各縣市衛生局溝通，並授權衛生局進行符合實務需求的彈性調整。
- (二) 建議疾管署修正流感疫苗宣導資料關於「高傳播族群」之敏感名詞。
- (三) 建議今年可提早於10月召開記者會，說明今(108)年公費流感疫苗全面採用四價流感疫苗，因世界衛生組織（WHO）流感疫苗選株會議延遲1個月公布北半球疫苗選株決定，造成全球疫苗生產、供貨時程延後，因此中央對於流感疫苗的整體規劃及接種時程進行彈性調整分配，必要時得邀請專家學者蒞會，加強流感防治的宣導，並發揮團體的力量，呼籲社區家庭醫師一同守護民眾的健康。
- (四) 流感疫情稍攀升時，建議疾管署充分授權醫師擴大使用抗病毒藥(克流感)，避免民眾因感染流感病毒併發重症，造成身體無法恢復正常的機能。

(五) 公會另安排於十月初舉辦流感議題相關研討會，邀請疾管署派員說明今年度執行防疫政策作業流程及應注意事項。

- 五、本會承接國健署委託家庭醫學醫學會辦理「成人預防保健服務訓練課程統籌計畫」，舉辦一場「成人預防保健服務教育訓練及以實證為基礎的預防醫學」課程，請理監事踴躍報名參加，請參閱書面資料。
- 六、西醫基層醫療服務審查執行會台北分會函請本會推薦一〇九年基層總額醫療服務審查醫藥專家，每屆審查醫藥專家任期為一年，期滿得續聘，惟每次續聘人數不得超過三分之二為原則，本次提報一〇九年審查醫師名單需更替十一位審查醫師名單，將發予感謝函(狀)感謝各位審查醫師的幫忙。
- 七、西醫基層醫療服務審查執行會台北分會函請本會協助輔導四家診所，針對診所「急診申報案件有未依規定辦理」或「急診申報案件有逐月上升趨勢」，核減理由多為不符支付標準急診診察費定義及適用範圍2.1.1規定，病患之症狀應以一般診察費申報(改支為一般門診診察費)，提醒院所應確實依急診定義及適用範圍正確申報醫療費用。
- 八、西醫基層醫療服務審查執行會台北分會函送一〇八年第一季「腎功能異常使用NSAID」名單，共四家院所有此情事，

請本會協助提醒院所應依腎臟醫學會建議「腎功能異常使用NSAID」開立規範建議處理，健保署將於一季後檢討是否納入抽審指標。

➤ NSAID開立建議：

- (一) $45 > eGFR > 30$ 者，臨床上應避免使用，若仍需使用，應以短期使用為原則，且須追蹤腎功能變化。
- (二) $30 > eGFR > 15$ 者，不建議使用NSAID，應改以其他止痛藥物或類固醇替代；若評估利弊後仍須使用NSAID，則以短期起必要時服用為原則，且須嚴密追蹤腎功能，並告知病人NSAID有惡化腎功能的可能性。
- (三) $15 > eGFR$ 且尚未透析者，應禁止使用。

九、衛生福利部中央健康保險署「門診特定藥品重複用藥管理方案」增訂虛擬醫令R008，以作為將明確申報錯誤資料的案件，並自一〇八年九月一日起生效。另，「門診特定藥品重複用藥管理方案」自一〇八年十月一日起採全部口服藥品類別(降血糖藥品含針劑)，調整內容如下(二)：

- (一) 「R008：醫師查詢雲端或API系統以提示有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)十天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。」
- (二) 新增類別：口腔疾病用藥、皮膚病抗

真菌用藥、血管保護用藥、抗牛皮癬藥物、痤瘡用藥、抗感染和抗菌用藥、皮質類固醇用藥等。擴大實施藥品範圍：現行為給藥日份十四日(含)以上之六十大類藥品，調整為給藥日份七日(含)以上之全藥類藥品。

十、全聯會函知會員擔任負責醫師之診所承辦健保醫療業務，經健保署查有違規事項遭裁罰，請本會關心了解。本會站在服務會員立場，將函文轉知並請其注意把握相關行政程序救濟；七至八月有四名會員有此情事。

十一、以電子郵件及上網公告等方式，週知會員七月至八月份因違規醫療廣告案件受台北市衛生局裁處態樣資訊。

醫院醫療委員會劉召集委員榮森

一、七月至八月派員列席醫策會舉辦之醫院評鑑計有二場，為中心綜合醫院及臺北市立聯合醫院和平婦幼院區。為表達對受評醫院之會員關心，提供本會列席人員建議發言內容，說明受評醫院及其所屬醫師積極參與公會相關活動，本會關心會員權益和福利等事項。

二、七月廿八日於陽明山的「真愛桃花源」邀請中華民國女法官協會、台北市護理師護士公會、台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、台北市語言治療師公會、台北市呼吸治療師公會及中華航空公司等單位合作舉辦「浪漫真愛桃花源情」戶外單身

(住院)醫師聯誼活動。計有卅九人報名參加；其中有九位男醫師會員、五位女醫師會員及四位會員子女參與此活動。醫院醫療委員會劉榮森召集委員代表本會邱泰源理事長至活動現場關心大家，表達了為增進聯誼後續的緣分延續，鼓勵活動後私揪出遊，凡提供出遊照片者，就能獲得雙人電影票的約會基金。提供聯誼後私揪出遊照片獲得電影票的參加者目前計有兩對。

三、七月至八月提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有三件。

醫療糾紛委員會劉召集委員家正

截至八月底，共參與66件醫療爭議調處、協助衛生局3場醫療爭議案件，提供專家評析意見；協助台北地檢署檢察官進行1件醫療專業諮詢；協助士林地檢署檢察官進行1件醫療專業諮詢。

醫政法制委員會周召集委員賢章

一、現行各界對於初、複診定義既不相同也無共識，健保署為釐清定義，以進行財務模擬及相關規範之訂定，函請全聯會轉知各縣市醫師公會協助提供初、複診之定義及相關專業意見，本會已於七月廿三日函復相關意見供全聯會參考。

二、一〇八年六月十四日司法院公布釋字第778號解釋【醫藥分業下之醫師藥品調劑權案】，宣告藥事法施行細則第50條及相關函釋就「醫療急迫情形」之解釋部分，均為增加法律所無之限制而屬違憲，並自

該解釋公布日起，失其效力，不再援用。未來主管機關將就「醫療急迫情形」重新界定，爰此本會協助彙整臨床專業實務上屬「醫療急迫情形」之適用情況提出具體意見，已於八月廿二日函復全聯會參考。

三、七月十三日於臺北市立聯合醫院陽明院區九樓大禮堂與臺北市立聯合醫院第四度共同舉辦「醫療爭議關懷師資培訓課程-關懷主題」醫事法律系列講座，由三軍總醫院王志嘉醫師及信業法律事務所古清華律師分別以「從醫療爭議實例談醫療爭議之預防與同理心的培養」及「法律同理、訴訟陪伴與緩解醫療爭議」等主題演講。醫療糾紛的發生，往往造成各方身、心、靈承受相當大的壓力，爰此本次以事前溝通、事故發生的即時關懷，及事後調處機制等主題，引導學員以同理心的角度讓法律與實務面結合，進而應用於臨床面，以舒緩緊張的醫病關係。

四、七月廿六日臺北醫學大學衛生福利政策研究中心召開「2019衛生福利政策專題討論會-住院醫師適用勞基法到醫師勞動權保障」研討會，由劉榮森常務理事代表出席。會中針對研訂「新版住院醫師工時指引之修正建議」、「住院醫師待命、候傳等新模式之工時認定與分際」，以及「涉及違法處分之責任歸屬」等多項疑議進行深入探討，並凝聚共識做為衛福部周延政策規劃之參考。

五、七月廿七日於國壽大樓B1國際會議廳與國泰醫院合辦「108年度醫療糾紛實務」講座，由周召委開場引言分享醫療法八十二條條文通過後之實際判決的成功案例，西園醫院李詩應醫師及揚信牙醫診所鄧政雄醫師分別以「院內溝通關懷與術中方式變更的告知同意」及「做對三件事，不怕醫療糾紛」等主題演講，從關懷角度出發，提醒及說明如何做好衝突的預防、處理及解決等問題，期藉由法律層面的分析與說明，引導學員實際應用於臨床業務上，進而陸續改善緊張的醫病關係，及促進醫療品質的提升。

六、訂於十月十九日(六)下午一時於市立聯合醫院中興院區六樓與臺北市立聯合醫院及陳忠純紀念促進醫病關係教育公益信託CDPET共同合辦「第十回醫病關係論壇-關懷之落實：員工關懷與病方關懷」研討會，歡迎理監事踴躍報名參加，課程表請參閱書面資料。

七、八月份協助會員服務委員會處理二件會員服務申請書，分別為第二次會員診所與患者醫療爭議及會員與簽約診所薪資糾紛案。

學術委員會黃召集委員信彰

一〇八年七、八月份學術教育課程於每個星期五下午在臺北市醫師公會七樓舉辦，共計八場，包括家醫科二場、神經內科、神經外科、內科、皮膚科、外科、骨科各一場。

社會服務委員會陳召集委員守誠

一、捐助台灣原住民族推廣與關懷協會送愛到部落「原住民族語學習繪本」推廣經費伍仟元。

二、八月十日上午九時於內湖區康寧生活會館B1會議室舉辦年度第三場社區民眾健康講座。由本會與康寧醫院、臺北市內湖區健康服務中心及台北市醫師公會婦女會共同合辦，並由臺北市政府衛生局協辦，邀請康寧醫院急診醫學科郭健中醫師主講「運動是良藥」，並親自示範健走杖的使用方法，並動員二三十位志工，現場協助民眾使用健走杖，實際藉由健走杖的輔助輕鬆步行的體驗。現場更由康寧醫院護理師為民眾提供血壓及血糖檢測等，有近百位民眾參與，講師活力十足與民眾互動熱烈。

三、本會獎助學金將於九月十五日起開始受理，請各校符合資格的醫學生踴躍申請。

四、第四場社區講座將於十月十九日於新光醫院舉辦，感謝新光醫院的協助。

公關委員會高召集委員尚志

一、今年(74週年)醫師節慶祝大會暨聯誼晚會將於十一月三日在大直典華店舉辦，請各位理監事推薦晚會的節目，也希望各位理監事預留時間共襄盛舉。邀請貴賓名單及醫師節程序表請參閱書面資料。

二、日本大森醫師會李建興醫師於八月十四日來訪，研商兩會締結姊妹會相關事宜。時

間訂在一〇九年二月廿三日(星期日)晚上舉行，當日上午則希望我們安排高爾夫球敘，廿四日早上安排參訪北投健康管理醫院。

- 三、台中市醫師公會姊妹會邀請本會於九月一日到台中全國飯店聯誼，感謝陳理事長及該會理監事的盛情招待，兩會交流非常熱絡。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

- 一、本會將於一〇九年四月十八日及十九日承辦全國醫師盃網球錦標賽，地點訂在台北市網球中心(民權東路6段208號)，目前已將該場地及選手之夜的餐廳先預訂好，並與周邊的住宿飯店談好屆時選手入住的優惠價格。在此要感謝理事長的協助，在球場的租金得到非常大的優惠。
- 二、今年已完成賽事的全國醫師盃羽毛球賽、網球賽，在團體賽方面都榮獲冠軍殊榮，原計劃要分別舉辦慶功宴，礙於時間和經費的不足，因此將於醫師節慶祝大會中宴請選手。

編輯委員會黃召集委員國晉

- 一、本委員會黃政文委員已於八月五日完成退會手續至台大醫院雲林分院服務，茲聘台大醫院北護分院趙家德醫師遞補委員一職。
- 二、本會九月份會刊封面作者為蕭光明醫師，主題為雨中黑冠麻鷺：「一場及時雨，公園地面盡濕，黑冠麻鷺趁機梳理羽毛，

只見他單腳獨立，微閉雙眼，好不悠閒愜意。」

十月份的封面，作者亦為蕭光明醫師，主題為幾米月亮公車：「2016年幾米把著作『月亮忘記了』製作成裝置藝術『幾米月亮公車』。從公車後方望出去，對面聳立的南山廣場大樓是北市新地標，車頂上小男孩正努力地舉著月亮，而車後的不銹鋼球個個反映了信義區的大千世界。」

陳執行長彥元

- 一、七月份會員動態：入會133人、變更81人、停業27人、復業17人、退會278人、死亡8人；開業醫師1737人、服務醫師8406人、停業314人，共計10,457人。
- 二、一〇八年七月各科別會員的人數消長，請參閱書面資料。
- 三、本會鄭毓珍代總幹事已於七月卅一日屆齡退休，八月一日起已由施玉琴組長升任總幹事一職。總務組組長及業務組組長之職缺由范石琴專員升任總務組組長，陳怡璇專員升任業務組組長，提此次會議追認。另，新聘會務人員蔡蕙芳小姐試用期已滿，期間表現優異，提此次會議研討聘用她為組員並予敘薪。

資訊工作小組詹召集人前俊報告

- 一、第十二次理監事會議決議成立資訊工作小組由詹前俊理事擔任召集人與陳彥元執行長共同統籌工作小組，小組成員為洪德仁常務理事、張孟源常務理事、劉榮森常務

理事、王建人理事、王三郎常務監事及黃國欽醫師；已於八月十三日召開第一次小組會議，研議本會網站優化更新項目及其相關細節，請參閱會議紀錄。

二、已委請以下四家資訊廠商針對本會網站前後台建置及現行會籍管理系統串連等各項問題進行規劃與評估，廠商資訊如下：

編號	資訊廠商名稱	單位介紹/廠商說明
一	英屬維京群島商承恭科技有限公司台灣分公司(鴻海科技)	台灣家庭醫學醫學會配合廠商，家醫學會前後台管理系統現包含會員會籍管理、活動報名、特殊活動線上繳費及線上列印繳費單與收據、電子報活動通知等功能。
二	華崴醫資股份有限公司	兒科醫學會配合廠商，包含活動報名、線上列印繳費單及電子報活動通知等功能。
三	數位華佗股份有限公司	中華民國醫師公會全國聯合會配合廠商。
四	網動廣告科技(股)公司	會員診所配合廠商

二、討論事項

(一)請審查一〇八年度五、六、七月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過五、六、七月份經費收支。

(二)請審查一〇八年度一至六月份會員福利退休慰問金及會員身故互助金收支案。【邱泰源理事長提】

決議：通過一〇八年度一至六月份會員福利退休慰問金及會員身故互助金收支。

(三)請追認王世琨、王德宏、陳珠璋、張中序、黃水根、淡雲等六名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。【邱泰源理事長提】

決議：通過王世琨、王德宏、陳珠璋、張中序、黃水根、淡雲等六名醫師逝世申領互助金各貳拾萬元。

(四)請研討沈淵瑤、廖宣凱、張佳琳、林安裕、林佩琪、石玲君、陳銘華、于國平、錢韻如、邱孝震、陳建臣等十一名醫師繳清會費，申請復權。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過沈淵瑤、廖宣凱、張佳琳、林安裕、林佩琪、石玲君、陳銘華、于國平、錢韻如、邱孝震、陳建臣等十一名醫師申請復權。其中，邱孝震醫師仍依本會停權會員規範第一條及第二條條文辦理。

(五)請追認本會會務人員人事案。【邱泰源理事長提】

決議：通過八月一日起由施玉琴組長升任總幹事、范石琴專員升任總務組組長、陳怡璇專員升任業務組組長。

(六)請研討聘用蔡蕙芳小姐為本會組員案。【邱泰源理事長提】

決議：通過聘用蔡蕙芳小姐並以八職等十二級敘薪。

(七)請研修本會『杏林獎』表揚標準及推薦辦法第五條條文案。【邱泰源理事長提】

決議：通過『杏林獎』表揚標準及推薦辦法第五條條文。

第五條條文 修正後	第五條條文 修正前	說明
審查方式及通過名額： 由醫學倫理委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以 <u>25名</u> 為原則。	審查方式及通過名額： 由醫學倫理委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以20名為原則。	將20名修正為25名為原則

(八)請複審第廿七屆杏林獎醫師及第八屆青年杏林獎醫師案。【邱泰源理事長提】

決議：1.通過鄭澄寰、藍國徽、王主科、余忠仁、謝正宜、楊昆澈、邱婷芳、柯明中、黃名琪、黃聰仁、邱倫瑋、顏盟修、謝啟誠、許瓊心、吳懿哲、董光義、何志明、邱俊仁、李文生、牛道明、蔡清標、王成俊、楊境森、李建璋、蔡佳芬等25名醫師為第廿七屆杏林獎得獎人。

2.通過雲柏仁、裘喻翔、蔡楚葳、陳榮宏、楊佳容、蔡承烜、林宜靜、莊梓昱、莊凱壹、張智博、陳伯瑜、張耀

仁、莊再庚、季康揚、劉星佑、蘇勤方、林柏毅等17名醫師為第八屆青年杏林獎得獎人。

3.於學術講習課中請黃信彰召委頒發「勤學獎」獎狀予傅雪英醫師，以肯定其孜孜不倦學習精神。

(九)請研討毛慧芬醫師就藥事法申請釋憲案。【洪德仁常務理事提】

決議：通過1.毛醫師為守護民眾的健康、爭取醫界應有的尊嚴，多年來勞心勞力，聲請釋憲終於獲得肯定，公會將補助毛醫師期間律師訴訟費。

2.為肯定毛醫師對該案的堅持與不畏險阻，讓攸關民眾醫療權及醫藥界關注的釋憲案，獲得一個肯定的答案，本會將於明年一月份理監事聯席會議中宴請並頒發感謝狀表達感謝之意。

3.邀請毛醫師於本會舉辦之醫事法律相關講座現身說法，再由法律專家就實際案件補充說明。

4.有關毛醫師被衛生局裁罰一事，如須公會協助可經由會員服務管道，由公會提供法律協助及建議。

三、臨時動議

(一)建請醫界團結一致全力支持邱理事長/立委連任民進黨不分區立委，以提昇醫界對社會及政治的影響力。【洪德仁常務理事提、蔡有成監事長附議】

決議：1.醫界提昇政治影響力，對人民健康及醫療權益非常重要，因此公會將全力協助有助醫界提昇政治影響力的相關活動。

2.發動並協助醫界上網連署活動，以期顯示醫界的支持及聲量。

3.邀請本會理監事、代表等自願性支持成立醫界後援會並擔任顧問支持蔡總統連任。

4.請後援會顧問成員於11月9日出席在圓山飯店舉行的後援會誓師授旗大會，由蔡總統親自授旗、受證。

四、散會：下午2時45分。🇹🇼



重要政令轉知會員

學校非醫療機構亦非醫事檢驗所，不得受醫療機構委託執行醫事檢驗業務

臺北市政府衛生局 函

108.10.01北市衛醫字第10831422202號

受文者：台北市醫師公會

主旨：學校非醫療機構亦非醫事檢驗所，不得受醫療機構委託執行醫事檢驗業務，請查照。

說明：

- 一、依據新北市政府衛生局108年9月24日新北衛醫字第1081765891號函轉衛生福利部108年9月3日衛部醫字第1081668955號函辦理。
- 二、衛生福利部108年9月3日衛部醫字第1081668955號函略以：「…電子顯微鏡切片檢查相關作業流程，例如：分檢、組織脫水、包埋、切片至上機等行為，均屬醫事檢驗師法第12條第1項第1款一般臨床檢驗之範疇，應由醫師為之，或由醫事檢驗師依醫師開具之檢驗單為之…學校既非醫療機構亦非醫事檢驗所，自不得受醫療機構委託執行醫事檢驗業務。」
- 三、副本抄送台北市醫師公會：請轉知所屬開業會員。㊦

醫療器材管理辦法第八條及第三條附件一之「I.4460手術用手套」、「J.6250病患檢查用手套」及「O.3850機械式輪椅」3項鑑別增訂應符合特定之性能規格要求

臺北市政府衛生局 函

108.10.01北市衛食藥字第1083142481號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關衛生福利部公告修正醫療器材管理辦法第八條及第三條附件一之「I.4460手術用手套」、「J.6250病患檢查用手套」及「O.3850機械式輪椅」3項鑑別增訂應符合特定之性能規格要求，請協助轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部108年9月25日衛授食字第1081607349號函辦理。
- 二、衛生福利部於108年7月29日以衛授食字第1081605548號令修正「醫療器材管理辦法」第八條及第三條附件一。有關「I.4460手術用手套」、「J.6250病患檢查用手套」及「O.3850機械式輪椅」3項鑑別增訂應符合特定之性能規格要求，自正式公告之日起一年後(109年7月29日起，含當日，以下同)，正式施行，先予敘明。
- 三、藥商於前述公告前，已取得「I.4460手術用手套」、「J.6250病患檢查用手套」及「O.3850機

械式輪椅」之醫療器材許可證者，應於109年7月29日前(不含當日)符合前述公告鑑別範圍之特定性能規格要求，以符合藥事法相關規定。

- 四、依據醫療器材查驗登記審查準則第14條第4項、第16條第3項或第35條第3項規定，申請旨揭3項醫療器材分類品項之許可證查驗登記、展延，應檢附測試報告或其他具等同性國際標準之性能報告以驗證產品符合新規定。自109年7月29日起，倘原已核准之許可證產品未符合新規定者，不予展延或變更並註銷原許可證。
- 五、前為推動禁止醫用含粉手套製造及輸入政策，其禁止政策實施日期及緩衝期間醫用手套許可證之查驗登記及展延變更登記相關配合措施，依衛生福利部食品藥物管理署108年5月9日FDA器字第1081600325A號函辦理。自110年1月1日起禁用含粉手套之製造及輸入；期間含粉手套許可證產品可使用至109年12月31日。
- 六、旨揭產品辦理查驗登記申請資料準備之相關資訊載於衛生福利部食品藥物管理署全球資訊網站(<http://www.fda.gov.tw>)之首頁>業務專區>醫療器材>許可證申請、變更、展延>第一等級醫療器材查驗登記申請專區。Ⓢ

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正自108年10月1日生效

衛生福利部 函

108.9.27衛部保字第1081260371C號

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國108年9月27日以衛部保字第1081260371號令修正發布，並自108年10月1日生效，茲檢送發布令影本（含法規規定）、修正總說明及對照表各1份，請查照。

說明：詳細公告內容刊登於本會網站。Ⓢ

附件

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準（以下稱本支付標準）之修正，為本（一百零八）第六次修正。

本次修正主要依據一百零八年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果，新增西醫診療項目四項及其他支付規範或文字之修正。重點如下：

一、第二部西醫

（一）第一章基本診療

1. 第五節管灌飲食費及營養照護費：新增「加護病房營養照護費－初次照護費」（編號05151B，360點）及「加護病房營養照護費－追蹤照護費」（編號05152B，240點）二項。並配合修正第五節名稱為「管灌飲食費及營養照護費」及增列分項名稱。
2. 第六節調劑：修正「放射性藥品處方之藥事服務費（天）」（編號05129B）支付規範，增列「鐳223治療處置費」為排除項目。

（二）第二章特定診療

1. 第二節放射線診療：新增診療項目「血管阻塞術-Lipiodol」（編號33144B，28,591點）一項。
2. 第六節治療處置：新增診療項目「經導管無線心律調節器置放或置換術」（編號47103A，15,504點）一項。

二、第五部居家照護及精神病患者社區復健：配合「長葉毛地黃」（編號10511C）已開放至基層院所適用，修正「附表5.1.3居家照護檢驗項目表」之支付標準編號。

三、第六部論病例計酬：

- （一）增列論病例計酬案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材用規範」之自費特材，保險醫事服務機構之收費及健保支付方式相關規定。（通則十七、十八）
- （二）配合「脈動式或耳垂血氧飽和監視器－每次」（編號57017C）已開放至基層院所適用，修正附表6.2.1至6.2.8、附表6.3.5及附表6.7.4之診療項目編號。

四、第八部品質支付服務：於糖尿病方案及初期慢性腎臟之健保資訊網服務系統 (VPN)個案登錄系統，增列「醣化白蛋白」檢驗值欄位、糖尿病個案之尿液檢驗下增加「無尿液可供檢驗之洗腎患者」選項及統一欄位名稱等，配合修正第二章、第三章及第四章附表8.2.1至附表8.2.4、附表8.3.2、附表8.3.4及附表8.4.1之規範。

五、本次修正項目自一百零八年十月一日生效。

「X光檢查費專案審查」等3項管理專案案例回饋

中華民國醫師公會全國聯合會 函

108.10.4北市衛醫字第1080001196號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署檢送「X光檢查費專案審查」等3項管理專案案例回饋，請轉知會員參考，詳如附件，請查照。

說明：

- 一、依據中央健康保險署108年9月20日健保審字第1080012475號函辦理。
- 二、該署說明略以，為促使醫療資源合理分配及合理健保給付，建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」及「重要檢驗檢查項目結果共享制度」，採取主動提醒功能，供醫師看診時能同時掌握病人用藥、檢查（驗）資訊及手術內容。
- 三、基於尊重醫療自主性前提下，若屬必要執行，請醫師於病歷上詳細記載，另該署亦將利用大數據分析篩異管理，檢送管理專案案例回饋如附件。
- 四、相關管理專案案例，置於該署健保資訊網服務系統（VPN）/下載專區/其他/院所申報項目管理案例回饋。
- 五、相關訊息刊登於本會網站。🌐

「生產事故救濟作業辦法」第七條、第九條條文修正公告

臺北市政府衛生局 函

108.10.5北市衛醫字第1083143842號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部108年10月4日衛部醫字第1081670598號令修正發布「生產事故救濟作業辦法」第七條、第九條條文，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部108年10月4日衛部醫字第1081670598C號函辦理。
- 二、檢附修正條文公告相關資料1份。
- 三、詳細公告內容刊登於本會網站。🌐

附件

生產事故救濟作業辦法第七條、第九條修正總說明

生產事故救濟條例（以下簡稱本條例）於一百零四年十二月三十日制定公布，並自一百零五年六月三十日施行，依本條例第八條第二項規定，請求權人申請救濟給付之程序、救濟條件、重大傷害之範圍、給付金額、方式、標準、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。據此，衛生福利部於一百零五年七月十三日訂定發布生產事故救濟作業辦法（以下簡稱本辦法），並自本條例施行之日施行。

惟本辦法施行三年來，迭有婦女團體就生產事故救濟給付金額之合理性提出建議，為呼應政府鼓勵生育政策及本條例承擔女性生產風險，及時救濟，減少醫療糾紛與促進和諧關係之精神，經考量身心障礙持續性照護之需求及產婦死亡造成家庭經濟環境之重大衝擊影響，爰調高產婦死亡及重大傷害（極重度、重度、中度障礙）之生產事故救濟給付額度上限，修正本辦法第七條及第九條規定。

生產事故救濟作業辦法第七條、第九條修正條文

第七條 生產事故救濟給付之額度如下：

一、死亡給付：

- （一）產婦：最高新臺幣四百萬元。
- （二）胎兒或新生兒：最高新臺幣三十萬元。

二、重大傷害給付：

- （一）極重度障礙：最高新臺幣三百萬元。
- （二）重度障礙：最高新臺幣二百萬元。
- （三）中度障礙：最高新臺幣一百五十萬元。
- （四）子宮切除致喪失生殖機能：衡酌其有無子女、喪失生殖能力對家庭影響程度，最高新臺幣八十萬元。
- （五）經中央主管機關認定為其他於身體或健康有重大不治或難治之傷害：最高新臺幣三十萬元。

前項第二款障礙程度，由直轄市、縣（市）政府依身心障礙者權益保障法規定核發之身心障礙證明認定之。

本辦法中華民國一百零八年十月四日修正發布日起發生生產事故者，依第一項所定額度給付之；修正發布日前發生之生產事故者，依修正發布日前所定額度給付之。

第九條 本辦法自本條例施行之日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

教學醫院函報勞動局核備住院醫師定期契約之專科醫師訓練年限補充及更正

臺北市府衛生局 函

108.10.05北市衛醫字第1083143891號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關教學醫院函報本府勞動局核備住院醫師定期契約之專科醫師訓練年限，補充及更正如附件，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部108年10月4日衛部醫字第1081670797號函辦理。
- 二、衛生福利部108年7月31日衛部醫字第1080126506號函所附醫師畢業後一般醫學訓練（PGY訓練）及23個專科醫師訓練年限表，係指108年開始接受訓練之住院醫師訓練年限，至於，以前年度已開始訓練之住院醫師，因部分專科別之訓練年限，歷經修正歷程而有調整，爰予以分年補充分列，並修正PGY訓練分組學員接續家庭醫學科及急診醫學科之訓練年限（訓練年限表，可至衛生福利部網頁下載參考，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2713-7808-106.html>）。
- 三、貴機構住院醫師如有經核備年限不符者，應重新報請本府勞動局核備。
- 四、相關訊息刊登於本會網站。

附件

各科專科醫師訓練年限表（年）

專科別	101 年度	102 年度~ 103 年度		104 年度~ 107 年度		108 年度 1 年期 PGY 訓練學員接續專科 訓練年限		108 年度 2 年期 PGY 學 訓練學員，110 年接續 專科訓練年限	
醫師畢業後 一般醫學訓練 (PGY 訓練)	1	1		1		1		2	
家庭醫學科	2.5	PGY 內科組、內 (兒)組、不分組	2.5	3		3		3	
		PGY 外科組、 外(婦)組	3						
內科	2.5	PGY 內科組、 不分組	2.5	PGY 內科組、 不分組	2.5	PGY 內科組、 不分組	2.5	PGY2 內科組	2
		PGY 內(兒) 組 、外科組、 外(婦) 組	3	PGY 內(兒) 組 、外科組、 外(婦) 組	3	PGY 內(兒) 組、 外科組、外(婦) 組	3	PGY2 非內科組	3

專科別	101 年度	102 年度~ 103 年度		104 年度~ 107 年度		108 年度 1 年期 PGY 訓練學員接續專科 訓練年限		108 年度 2 年期 PGY 學 訓練學員，110 年接續 專科訓練年限	
外科	3.5	3.5		4		4		PGY2 外科組	3
								PGY2 非外科組	4
兒科	3	PGY 內(兒)組	2.5	PGY 內(兒)組	2.5	PGY 內(兒)組	2.5	PGY2 兒科組	2
		PGY 非內(兒)組	3	PGY 非內(兒)組	3	PGY 非內(兒)組	3	PGY2 非兒科組	3
婦產科	4	4		4		4		PGY2 婦產科組	3
								PGY2 非婦產科組	4
骨科	4.5	4.5		4.5		4.5		4.5	
神經外科	5.5	5.5		6		6		6	
泌尿科	4	4		4		4		4	
耳鼻喉科	4.5	4.5		4.5		4.5		4.5	
眼科	4	4		4		4		4	
皮膚科	3.5	3.5		3.5		4		4	
神經科	3	3		3		3		3	
精神科	3.5	3.5		4		4		4	
復健科	3.5	3.5		3.5		3.5		3.5	
麻醉科	4	4		4		4		4	
放射診斷科	4	4		4		4		4	
放射腫瘤科	4	4		4		4		4	
解剖病理科	3.5	3.5		3.5		3.5		3.5	
臨床病理科	2.5	2.5		2.5		2.5		2.5	
核子醫學科	4	4		4		4		4	
整形外科	5.5	5.5		6		6		6	
急診醫學科	3.5	3.5		3.5		3.5		3 年 9 個月 (PGY2 內科、外科、 兒科 組)	
								3 年 11 個月 (PGY2 婦產科組)	
								3.5 年 (PGY2 不分科組)	
								各分組選修急診醫學 科訓 練可再折抵至 多 2 個月	
職業醫學科	2	2		2		2		2	

「108年校園流感疫苗接種計畫」共識會議紀錄及相關資料

臺北市政府衛生局 函

108.10.07北市衛疾字第1083092586號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送108年10月3日「108年校園流感疫苗接種計畫」共識會議紀錄及相關資料各1份，請查照。

說明：完整訊息刊登於本會網站。

附件

臺北市政府衛生局108年校園流感疫苗接種計畫共識會議紀錄

時間：108年10月3日（星期四）下午2時30分

地點：臺北市立聯合醫院和平院區10樓大禮堂

主席：臺北市政府衛生局疾病管制科余燦華科長

出席人員：如簽到單

記錄：周婉榆

壹、主席及與會來賓致詞(略)

貳、報告與討論結果

- 一、每校校園流感疫苗設站接種結束，剩餘疫苗請醫療院所依冷運冷藏管理原則攜回保存，衛生局將依各醫療院所每日上傳流感疫苗管理系統(IVIS)及12區健康服務中心Google表單填報存銷量，撥賦/調撥後續校園設站疫苗數；校園接種所需疫苗量，請各院所務必確實控留。
- 二、部分學校之小學部係由本市聯合醫院設站接種，同校國、高中部由「校園流感疫苗接種服務」合約醫療院所執行設站，請學校護理師事先將有意願接種「非公費教職員工」列冊，不同醫療院所施打，亦請分開造冊，且總額不得超過學校108年提報教育局購買疫苗上限值。
- 三、校園學生及醫事人員為優先接種對象，衛生局預計10月15日取得各校排程及「校園內設站接種人數」，精算每日、每週疫苗需求量總額，倘超過疾管署預估配送疫苗到貨量，將依該署規範之學生接種序位，另案個別通知重調排程；並重新與教育局評估調整非公費教職員工接種方案。

參、散會：下午4時

公告修訂「108年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」

中華民國醫師公會全國聯合會 函

108.10.08全醫聯字第1080001231號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告修訂「108年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部中央健康保險署108年10月1日健保醫字第1080013585號公告副本（如附件）辦理。
- 二、相關資訊刊登本會網站最新公告及全聯會網站。

附件

衛生福利部中央健保署 公告

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

108.10.01健保醫字第1080013585號

主旨：公告修訂「108年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」（如附件）。

依據：衛生福利部108年9月24日衛部係字第1081260377號函。

公告事項：旨揭方案之修正事項如下：

- (一) 調整旨揭方案十、(四) 點值結算方式、(1) 西醫基層診所點值結算順序，調整後結算順序為先扣除開業計畫之支付金額（不含巡迴計畫之「論次計酬」）、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至1元，其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高補至1元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。
- (二) 配合前開調整之結算順序，修正旨揭方案十、(一) 預算支用範圍及(三) 支付原則，有關醫缺地區診所費用相關文字。
- (三) 修正之旨揭方案溯自108年1月生效。

108年度醫事放射品質提升計畫辦理實地訪查之建議改善事項

臺北市政府衛生局 函

108.10.09北市衛醫字第10830419382號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送本局108年度醫事放射品質提升計畫辦理實地訪查之建議改善事項，貴會可提供會員參考，以精進醫事放射品質，請查照。

說明：

- 一、依據本市「108年度醫事放射品質提升計畫」暨本局「108年度醫療放射品質輔導訪查第2次會議」決議辦理。
- 二、108年度經專家委員實地訪查31家機構(西醫診所16家、牙醫診所15家)，針對評核項目提出建議改善事項；另檢附「事業廢棄物申報及管理資訊系統」提供查詢。
- 三、相關訊息刊登於本會網站。

附件

108年度「醫事機構放射品質輔導訪查」
實地訪視與輔導作業-委員建議改善事項

序號	評核項目	建議改善事項
1	游離輻射設備品保與輻射安全	(1) 移動型X光機如不使用或超過規定使用期限，應主動向原能會申請停用或報廢。 (2) 輻射管制系統登錄X光機數量與現場不符者，可與原能會核對釐清。 (3) 定期維修X光機、骨密儀器零件。 (4) 書面資料匯總成冊，俾利查詢。
2	游離輻射環境安全作業	(1) 鉛衣需通過檢測，並保存相關紀錄。 (2) 警示燈需與輻射共同連動並且功能正常。 (3) 暗房設置安全燈並留存檢測紀錄。 (4) 傳統X光如更換為數位X光，方便使用、並減少成本，降低病患輻射暴露劑量。 (5) 定期檢視游離輻射設備，並保存維修保養紀錄表。 (6) 與廢棄物處理廠商訂定明確簽約項目(廢X光片、廢顯影、定影液之管理及廢鉛箔回收)，保障權益。
3	游離輻射工作人員安全作業	(1) 機構輻射工作人員完成輻防教育訓練(3小時)。 (2) 輻射工作人員需定期健康檢查。
4	影像品質	(1) X光影像解析度、對比度、黑化度調整要留意。 (2) X光片(影像)上應含機構名稱、日期、左右邊代號、受檢者及執行攝影者之身份識別等。
5	宣導事項	輻射管制系統登錄密碼或登記之E-mail如停用，可至原能會進行資料更新(聯絡電話:02-2232-2149、02-22322195)

刀房喋血 — 臺灣臺南地方法院 107年度矚訴字第1號刑事判決評析

¹輔仁大學公共衛生學系 ²臺北榮民總醫院職業安全衛生室 ³人體試驗委員會
薛喆一¹ 廖沅嘉¹ 黃梅君² 葛謹³

前言

醫療院所救治患者的地方，目的在使患者恢復健康，因此若針對醫療人員的醫療暴力行為，影響其他病患的救治權益，學者認為應該視為公共危險罪處罰，方能保障人民安全就醫的權益¹；開刀房更是醫療機構的重要醫療單位²，發生於開刀房中的醫療暴力事件，應該如何處理？值得探討。³⁻⁵

經過

甲於A醫院任職17年，2016年11月間因父母年邁居住北部，告知心臟外科乙主任，欲參加北部B醫院體外循環師（以下稱體循師）甄試，同年12月2日以電子郵件告知主任已考上，到職日預定為2017年1月1日，希望主任能與B醫院主任電話聯繫商調事宜，但乙主任認為應由B醫院主動打電話。甲於同年12月12日再以電子郵件告知，要於該日離職，之後不會再進開刀房，惟主任並未批准離職。B醫院行政人員及科主任多次致電甲確定報到時間，甲告知因未能取得長官許可，最快於2017年5月後始能報到，B醫院遂放棄並重新招考。

2017年6月9日，甲與較其資深同事因工作協調問題，被叫至加護病房會議室關門辱罵，事後甲對資深同事提出傷害、強制罪及恐嚇罪告訴，乙主任知悉後向甲表示非常不高興（該案件後因兩造和解，2017年10月11日檢察官為不起訴處分）。此事件之後，甲與同事相處更形緊張，甲亦因壓力於2017年6月13日起至7月18日，到A醫院精神科就診三次。

丙同為A醫院心臟血管外科體循師，然丙因最資深而負責行政業務，被稱呼為「組長」，2018年9月28日上午8時45分許，心臟血管外科乙主任以影響工作團隊氣氛及士氣為由，要求甲更換辦公室座位到原放置機器之庫房，且再度（前已有數次）詢問有無另外找尋其他工作？甲認為所有科內相關訊息均來自丙，進而認定是丙刻意帶領同儕、影響乙主任，在工作團隊中多方排擠他，因而心生不滿。遂於同日上午9時許，先在醫院3樓心臟血管外科醫師暨體循師辦公室內，拿取放在辦公桌且為其所有之蝴蝶刀1把，隨即前往醫院住院大樓3樓手術室第7開刀房。此時，丁醫師正在第7開刀房準備為病患進行冠狀動脈繞道手術，丙則在安裝人工心肺機（即體外循環機）。甲進入第7開刀房、走向丙質問：「為什麼要找我麻煩！」丙未回答，甲遂認為丙有輕藐之意，更加氣憤，甲隨即持蝴蝶刀，朝丙之胸、腹部刺殺7刀。丁醫師聽聞丙尖叫聲，回頭看見上開情狀，隨即上前拉住甲的褲子，以身體阻擋在甲丙兩人之間，因甲仍持刀欲攻擊丙，三方即發生相互拉扯、阻擋。在場之戊體循師趁隙向前，拉起丙衣服後領，將丙拖往手術房門口、甩向門外，並叫丙快跑，丙立即逃離現場，至附近房間躲藏。不久後，甲亦離開第7開刀房，返回辦公室更衣，並將蝴蝶刀置放在辦公桌上，喊稱：「丙被我捅了！」隨即離開醫院，步行前往市政府警察局分局派出所，主動坦承犯行，自首接受裁判。

丙因甲之攻擊而有：(1)右胸穿刺傷寬2公

分穿透胸壁傷及右肺（淺部撕裂傷）併氣血胸、另併有內側肋膜淺層撕裂傷。(2)右腰穿刺傷寬1.5公分深及皮下脂肪層，未傷及臟器。(3)右下腹穿刺傷寬2公分深及皮下脂肪層，未傷及臟器。(4)胸骨下穿刺傷寬1.5公分深及皮下脂肪層，未傷及臟器。(5)左上腹穿刺傷寬2.7公分深及肌肉層，未傷及臟器。(6)下背穿刺傷1.8公分寬深及肌肉層，未傷及臟器。(7)右前臂切割傷7公分長併6條肌腱受損。

丁於拉扯、阻擋甲攻擊丙時，亦遭蝴蝶刀割傷，計有：(1)左前臂撕裂傷兩處各1公分。(2)左手掌撕裂傷3公分。(3)左手指多處表淺撕裂傷。丁雖未提出傷害告訴，地方檢察署檢察官以甲施強暴於執行醫療業務之醫事人員，妨害丙、丁醫療業務之執行，提起公訴。

爭點1：甲攻擊丙身體之部位是否有殺人之故意？

檢察官：甲明知胸、腹部為人體要害，若持刀攻擊胸、腹部，可能致人於死，甲卻仍執意對丙做出攻擊；此外甲以左手自後環抱住丙，右手持蝴蝶刀朝丙刺殺共7刀，造成傷口共計7處，因此認定甲涉犯刑法第271條第2項之殺人未遂罪嫌。

法官心證：根據距離甲和丙最近之丁醫師的證言，甲是從正面朝丙進行攻擊，並非如公訴人所稱「甲以左手自後環抱住，右手向丙攻擊」；另外，倘若甲真有殺害丙之犯意，大可朝極重要之身體部位（心臟、頸部）攻擊，即可置丙於死地，但卻不為之，況且丙雖然受有非輕之傷勢，但其傷勢並無立即生命危險，所

受7處傷口，1處些許傷及肺臟、6處均未傷及臟器，是以甲之出手力道應是有所控制的，因此甲應無殺人之犯意甚明。

爭點2：甲選用之兇器是否有殺人之故意？

檢察官：甲所持之凶器一蝴蝶刀，打開後，其刀柄加刀刃長度24公分、刀刃長度9.5公分、刀柄長度13.5公分、刀尖銳呈弧形狀，造成丙有大小與深度不一之7處穿刺傷害，幸經醫院人員兩度緊急手術搶救，才倖免於難。

法官心證：甲持以攻擊丙之凶器一蝴蝶刀，係屬小型刀械，相較於西瓜刀、武士刀等大型刀械而言，其殺傷力相對薄弱，因此難認甲有殺人之犯意。

爭點3：甲犯案之地點是否有殺人之故意？

檢察官：丙是在毫無警覺、防備之情形下，於醫院開刀房執行醫療業務時，突然遭受甲持蝴蝶刀攻其擊胸、腹部，若不是因在場同事丁、戊等人積極協助丙逃離現場，至附近房間躲藏，甲始罷手返回辦公室更衣，因而該當殺人未遂之故意。

法官心證：甲於進入該開刀房時，已知當時丙準備為病患進行「冠狀動脈繞道手術」，而有多位同事在場，即此行兇地點不僅有醫護人員，並醫療儀器等相關設備亦屬充足，而得對於受攻擊之丙，極有可能出手阻擋之情形並施以救護、手術等相關醫療急救；倘若甲有殺人之意圖，理應另覓其他處所，豈會在此較不易達成殺人目的之地點，為取丙性命？客觀前

述情狀，益徵甲應無殺人之犯意。

法院判決

地方法院：「甲因對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴，妨害醫事人員執行醫療業務，處有期徒刑壹年；扣案之蝴蝶刀壹把，沒收。⁶」檢方不服上訴。⁷

討論

體外循環師(Extracorporeal circulator)：心臟外科手術要心臟暫停跳動，使手術順利進行，就須葉克膜氧合器(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)提供「充氧血」，臺灣於1994年引進使用，不能治療疾病本身，然除了協助心臟外科手術外，尚能多爭取一點醫療時間，屬於即時性的維生系統，有靜脈—靜脈(V-V型)與靜脈—動脈(V-A型)兩種型式。⁸⁻¹⁰進行心臟外科手術時，除了葉克膜，尚須體外循環師全神貫注將病患的血液引流到體外，以葉克膜取代心臟及肺臟維生功能，心臟在低溫下停止跳動後，由醫師進行手術。手術過程中，體循師不僅要管理心肺機的操作，還得確保病患的電解質平衡，監控病患的血液、血壓等狀態，一般短則3-4小時、長則10-20小時。依據中華民國體外循環技術學會公布資料，200餘位會員目前分布於全台灣50餘家醫院。¹¹

職場暴力：國際勞工組織定義職場暴力：「與工作有關而導致人員受到攻擊、威脅或身心受傷。」歐盟的定義：「人員受到與工作相關之虐待、威脅或攻擊，並且對他們的安全、

福利或健康有所影響。」世界衛生組織的定義：「工作人員在其工作場所受到辱罵、威脅或襲擊，對其安全、幸福或健康造成傷害。暴力可能是肢體或心理的，後者包括針對性別及種族的不同，所產生的脅迫、攻擊及騷擾。」職場暴力為社會心理危害之主要因子，多數國家於雇主之一般責任(General Duty)規定下，將職場暴力之預防以指引、原則或行動方案推動，並鼓勵企業發展相關預防措施。我國近年醫療業及服務業頻傳從業人員遭暴力威脅、毆打或傷害之不法事件。為維護勞動者權益，職業安全衛生法第6條第2項增訂雇主對於執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防，應妥為規劃並採取必要之安全衛生措施。為使事業單位對於預防不法侵害所採取之相關措施有依循，勞動部職業安全衛生署於2014年9月訂定公告「執行職務遭受不法侵害預防指引」，期雇主能落實法令規定，確保工作者之工作安全及身心健康。¹²

刑事責任：本案甲於醫院開刀房內以蝴蝶刀因連續攻擊並傷害丙7次，傷害丁3次，除觸犯刑法傷害罪外，同時亦犯醫療法第24條：「（第1項）醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。（第2項）為保障就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行。（第3項）醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。（第4項）違反第二項規定者，警察機關應排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移

送司法機關偵辦。(第5項)中央主管機關應建立通報機制，定期公告醫療機構受有第二項情事之內容及最終結果。」依同法第106條：

「(第1項)違反第24條第2項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。(第2項)毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。(第3項)對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。(第4項)犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。」根據中華民國刑法第55條之前段：「一行為而觸犯數罪名者，從一重處斷。」此為法學之「想像競合」，因此比較刑法第277條第1項傷害罪「處3年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金」，與醫療法第106條第3項「處3年以下有期徒刑，得併科新台幣30萬元以下罰金」，雖然皆處以3年以下有期徒刑，但醫療法得併科30萬元以下罰金，故根據從一重處斷之「想像競合」原則，應以醫療法第106條處斷。

量刑原則：依據刑法第57條，科刑時應以行為人之責任為基礎，並審酌一切情狀，尤應注意下列事項，為科刑輕重之標準：(1)犯罪之動機、目的；(2)犯罪時所受之刺激；

(3)犯罪之手段；(4)犯罪行為人之生活狀況；(5)犯罪行為人之品行；(6)犯罪行為人之智識程度；(7)犯罪行為人與被害人之關係；(8)犯罪行為人違反義務之程度；(9)犯罪所生之危險或損害；(10)犯罪後之態度。又同法第59條「犯罪之情狀顯可憫恕，認科以最低度刑仍嫌過重者，得酌量減輕其刑」。本案法官認為甲之犯行是因甲於職場上遭受人際關係孤立、變相剝奪休假權利、得改任他院時不准離職，卻又於事後數度被要求離職，另覓工作等不公平之待遇，但依甲在A醫院已工作17年之久，近2、3年與主管乙及同事間關係的變化關鍵，須由甲以自己之同理心、初心及熱忱、智慧並理性去思考如何解決、化解誤會及糾紛，並體認有時想過度保護自己權利，也可能造成他人相對的警戒心，然而甲卻捨此不為，竟以此激烈手法，不僅嚴重傷害丙與丁，亦損及醫院及心臟血管外科團隊之聲譽，同時也重重的打擊到自己的前途，因而尚未達顯可憫恕程度。

特殊侵權責任：民法第184條：「因故意或過失不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者，亦同。違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。但能證明其行為無過失者，不在此限」。因此，一般侵權行為係指行為人因故意或過失侵害他人生命、財產、名譽等權利，並造成損害的違法行為，該行為人自然應當承擔的民事責任。依據職業安全衛生法第6條第2項第3款：「雇主對下列事項，應妥為規劃及採取必要之安全衛生措施：…三、

執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防。」因此，雇主責任有別於一般侵權行為，係一種特殊侵權行為類型，即使行為人（雇主）沒有故意或過失，因為他人侵害員工生命、財產、名譽等權利，雇主除應給予丙與丁二人公傷假外，尚須承擔民事賠償責任，此即為特殊侵權行為。¹³

結語

甲擔任心臟外科體外循環師（相當於技術員），主管否准離職，致未能如願北上任職，又被資深同事關門辱罵，事件之後，因壓力過大到醫院精神科就診三次，「休假不許任何人當甲的職代」，甲與同事相處關係緊張，因在工作上屢遭組長丙刁難、挑剔，排班不公，且認為丙刻意帶領同儕、影響主管，致其在工作團隊中遭到排擠，甲如蒐證並向行政管道申訴，此時尚為職場霸凌行為的受害者；然而忍無可忍，拔刀相向，刀傷同僚，反而受刑事判決成為階下囚，又再受公務員休職6個月的懲戒憾事，怎不令人唏噓？¹⁴

參考文獻

1. 鄭逸哲：啥也沒修的「修法」鬧劇－簡評醫療法新第106條「王貴芬條款」。軍法專刊2014；60(1)：120-29.
2. 葛文德(Gawande A)：開刀房裡的沉思：一位外科醫師的精進。臺北市；天下遠見，2007。
3. 余淑杏，劉彥麟：醫療暴力之防止－評臺灣高等法院臺南分院107年上易字第571號刑事判決。新北市牙醫2019；289期：10-11.
4. 王建人：醫療暴力事件發生時公會緊急處理應變過程--從臺北市醫師公會處理某診所醫療暴力事件談起。臺灣醫界2019；62(6)：23-26.
5. 劉依彤、葛謹：特殊侵權－臺灣臺北地方法院105年度訴字第4841號民事判決評析。臺北市醫師公會會刊（待發表）。
6. 臺灣臺南地方法院107年度囑訴字第1號刑事判決。（刑事第八庭，2019年3月13日）
7. 臺灣高等法院臺南分院108年度囑上訴字第539號刑事判決（尚未判決）。
8. 蘇上豪：鐵與血之歌：一場場與死神搏鬥的醫學變革。新北市；大界國際大邑文化出版：2014.
9. 許傳智：「葉醫師」的美麗與哀愁。臺北市醫師公會會刊2014；58(9)：18-22.
10. 蔡宗諭，林展宇，陳永昌：葉克膜病患合併急性腎損傷。腎臟與透析2015；27(4)：192-96.
11. 中華民國體外循環技術學會(<http://www.sectroc.com/fun.php>)，（2019年10月17日檢索）
12. 勞動部職業安全衛生署：執行職務遭受不法侵害預防指引（第二版）。2017年6月。
13. 王澤鑑：侵權行為法。臺北市，王慕華，2015。
14. 公務員懲戒委員會108年清字第13207號公懲判決。⚖️



玉山金控連續6年入選 道瓊永續指數 再獲國際肯定

感謝您的支持與鼓勵，玉山連續6年入選「道瓊永續指數」成份股，獲得國際專家的肯定，再創台灣金融業紀錄，代表台灣金融業在國際舞台上發光發熱，展現台灣金融業與國際接軌的實力。展望未來，玉山持續秉持「心清如玉、義重如山」的精神，持續以行動傳遞正面的力量，讓台灣在世界的舞台發光發熱。



MEMBER OF
**Dow Jones
Sustainability Indices**
In Collaboration with RobecoSAM

DJSI是美國道瓊公司與瑞士RobecoSAM永續集團於1999年共同推出，被公認為最專業的CSR評比指數。



玉山金控 玉山銀行

老人衰弱症及多面向功能自動化檢測評估

台大醫學院 家庭醫學科 陳慶餘

一、前言

為因應邁入高齡化社會，2020健康國民白皮書在特殊族群議題加上老人族群，給予政策上的規劃，其目標為活躍老化和預防失能；目標下有五個健康指標，分別為：衰弱及失能之防治、跌倒及骨折之防治、憂鬱症及自殺之防治、復健及中風後失能之防治、以及預立醫療指示之簽署與執行¹。從健康的定義來對照衰弱表現，所涵蓋不外乎身體、心理、社會、環境和靈性五個面向。以身體衰弱症做為各種慢性病、老化引起失能前的表現，卻是可逆轉的動態過程，促進健康老化的契機。因而廣義的衰弱症定義，可延伸至其它指標。由此可見老年衰弱症的篩檢和介入，對於維護老人健康的重要。

延續前文「老人衰弱症自動化檢測與應用」²，本文進一步將樂齡寶貝機測試內容依老人議題進行多面向功能分類，以利後續延緩失能預防課程的銜接及介入，為落實2020健康國民白皮書老人族群的目標來鋪路。

二、以衰弱症為核心的功能風險評估文獻探討

老人健康照護的目標在於預防失能、延長健康餘命。依照國際功能分類，老人健康議題可分為四大類：「行動平衡」、「認知情緒」、「溝通預防」和「活動參與」。這四大議題是人們在老化階段都會遇到的，若輕忽了這些議題未加以辨識，易造成許多不良後果³。以衰弱症為導向，不同於以疾病來分期，由健康、衰弱、失能到末期的老化進行，類似

疾病的過程，必有不同程度表現在各大器官系統功能的衰退，稱之為老年病症候群。衰弱症是各種老年病症候群共同危險因子的表現型，構成失能前的一種可逆性的動態性狀態，也是各種不良預後的前驅症候。

衰弱的理論架構，一般接受由Inouye等人發表的老年病症候群的共同風險因子的統一概念⁴。從老人衰弱之相關文獻可知，「衰弱」是一群以生理功能衰弱與容易發生併發症的現象，其臨床表現包括活動力降低、體重減輕、疲倦、食慾降低、肌肉耗損、骨質流失、步態與平衡功能異常等，甚至是認知功能的障礙。因此，早期對老人衰弱的看法是指日常生活經常需依賴他人或需要機構式照顧的老人或合併許多健康問題，需要至少一個或更多的支持性服務，以維持個人日常生活活動⁵。直至2001年Fried等人提出「衰弱表現型(Frailty phenotype)」，主要著重於以個體生理層面的老化特性，非疾病造成，而是功能退化所形成為老化症候群的表現。衰弱概念係指一種老年病狀況。這種狀況可與多重罹病和失能共存⁶。

衰弱症候群的定義是一種生物學的症候，會造成個體儲備能力的減少，以及對刺激原的抵抗力減弱，透過生理系統的改變而導致累積性功能減退，容易受損而造成不良預後。衰弱概念不同於歲數大、失能、多重罹病而係指一種老年病狀況，有下列特點：(1)老化所導致多重器官系統衰退，儲備能力降低；(2)個體易受傷害性增加，且恢復時間延長；(3)造成不良預後，如跌倒、急診、住院、失能或死亡

等；(4)早期篩檢及介入可以恢復原有功能，避免後續失能。經過多年的研究，衰弱症普遍發生在老人族群，成為二十一世紀公共衛生的優先課題⁷。

老化是隨著年齡的增長，在老人身體各器官系統皆會發生功能衰退的現象。年齡愈大功能衰退愈明顯。我們首先必須區別老年病症候群所代表的意義及臨床周全性老年評估。現代的醫療，慢性病可以得到很好的控制，但不能阻止老化的進行。醫學的進步，老化所帶來身體功能衰退，可以當作一種老年病症候群的觀念來處理。所謂的老年病症候群，也就是這些臨床表現不會在年輕人出現，且在老人出現時代表屬於不良預後的高危險群。不良預後包括跌倒、急診、住院、頻繁使用醫療資源、各種併發症的發生、失能以及死亡，因此「老年病症候群」常與多重慢性疾病與失能結合。

筆者在任職國家衛生研究院老年醫學組期間，主編兩本台灣老年病症候群的研究學術專著^{8,9}。在複查過去的研究文獻中，老年病症候群以失禁(incontinence)、跌倒(falls)、壓瘡(pressure sore)、譫妄(delirium)和功能的衰退(functional decline)是最常見的，稱為老年病症候群的五大巨頭。衰弱的理念源自這些老年病症候群共同的危險因子，由共同危險因子的多寡來定義衰弱症的產生和造成不良預後的嚴重程度⁴。因此老人衰弱症是老年症候群(geriatric syndrome)的核心課題，分為原發性的衰弱和次發性的衰弱，次發性的衰弱主要跟多重疾病或失能有關，占四分之三；純粹原發性的衰弱

占四分之一⁶。

老年衰弱症造成失能依賴而死亡，是老人不良預後的重要表現。衰弱症為失能前表現，可以歸類為兩個主要的表現型：一個是身體的表現型(physical phenotype)；第二種是多面向的表現型(multi-domain phenotype)，即多面向功能缺失(deficits of function)。前者的檢測藉助於客觀指標；後者則需跨專業的老年評估。

周全性的老年醫學評估(comprehensive geriatric assessment，簡稱CGA)是整合多種專業的診斷及處置，其目的在於評估與改善衰弱老人(frail elderly)的身體、心理、社會及其活動功能的問題，尤其擔任基層醫療的醫師必須具備的知識與能力¹⁰。經由老年照護團隊的合作，希望能使老人照護品質達到下列目標：(1)增進診斷的精確性；(2)選擇適當的處置以恢復或維持健康；(3)建議適當的照護環境；(4)預測其預後；(5)追蹤其變化。已有許多文獻探討CGA對實際治療決策與預後的效益。最新的Cochrane系統性回顧顯示，CGA可降低急性住院率、降低轉至護理機構之風險，甚至可能改善死亡率、身體功能下降程度、認知功能、及生活品質；尤其若能藉由跨專業整合團隊的介入，將治療計畫延伸至出院後的居家照護，其效益更為顯著¹¹⁻¹³。

目前常用的評量工具有兩種，一種最常用的是以Fried所提議的身體功能表現⁶。判定條件包括：體重減輕(weight loss)、肌力弱(weakness)、耗竭/耐受不良(exhaustion)、走路緩慢(slowness)及活動力降低(low activity)。

五項中一至二項屬前衰弱；大於等於三項屬衰弱。另一種利用老年周全性評估的完整架構資料，從多面向生活層面的功能，由受試者自行回答，每項功能僅有是否兩種評定，是表示有缺失，否代表無缺失，缺失累計點數(deficit accumulation)占總題數的百分比20%以下為正常，20%以上至35%以下為前衰弱，35%以上則為衰弱¹⁴。

衰弱是老化功能衰退危機的表現，類似健康與老化模式，由身體疾病有無來定義的健康老化、心理負向情緒不利調適來定義的正向老化、具備生產條件的活力以貢獻社會來定義的活躍老化、發揮個人的優勢代償老化損失來定義的最適老化，以及達成靈性內涵善終目標所需生命意義和價值來定義的成功老化。

因此衰弱也可比照健康與老化模式分為：

(1)生理層面：在行動(mobility)與平衡(balance)方面；(2)心理層面：在認知(cognition)與情緒(emotion)方面；(3)人際行為層面：在溝通(communication)與預防(prevention)方面；(4)生活層面：在活動(activity)與參與(participation)方面，日常生活功能與社教生活型態；(5)靈性層面：預立醫療指示(advanced medical directives)與末期照護方面。

以我們採用加拿大臨床的健康與老化之衰弱量表(Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale, CSHA-CFS)發表中譯本的問卷為例^{15,16}，此量表因應健康與老化的衰弱研究發展所設計，主要評估構面四個：移動能力、精力、體力活動與功能，於原始量表評

定的衰弱等級分為七級。近年修訂增加兩級為第八級－非常嚴重的衰弱，生活完全不能自理，已不能從任何疾病中恢復；第九級(終末期)－接近生命終點，少於六個月生命之垂危病患。可見因應末期疾病安寧療護的需求，老人衰弱症導向的健康照護成為時代的趨勢。

當各國政府將衰弱視為公共衛生議題成為老人健康照護的政策。由於衰弱檢測指標眾多，所示要件雖各國不同，皆須有一套具公證力的評判的程序¹⁷。根據2016年的一篇複查，各國分別採用共14種衰弱指標，將衰弱評量分成臨床層面、群體層面和兼具臨床群體層面三者。經比較效度、信度、可預測不良後果等標準，評判結果皆可行¹⁸。其中兼具臨床群體層面為，分別為Cardiovascular Health Study Index (Fried's Frailty Phenotype); Frailty Index of Accumulated Deficits¹⁹; Study of Osteoporotic Fracture(SOF) Index²⁰; Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness and Loss of Weight Index²¹。以上四種衰弱檢測指標為樂齡寶貝機所採用(表一)。

台灣長照2.0使用的兩種衰弱量表分別為：骨鬆性骨折評量 (Studies of Osteoporotic Fracture, SOF)和日本厚生部長照服務使用的基本檢測列項 (Kihon Check List, KCL)²²。骨鬆性骨折評量類似Fried提出Frailty phenotype主要著重於以生理層面。日本厚生省公佈的衰弱基本檢表KCL，類似累計多面向功能缺失(deficit accumulation)做為評量的依據。

綜合文獻，影響衰弱的相關因素非常多

表一 樂齡寶貝機所採用四種衰弱檢測的來源

修飾指標	原指標	原內容	衰弱標準
客觀身體衰弱檢測	CHS	體重減輕、耗竭、體能活動度低、行走時間慢、肌握力減少	衰弱 3、前衰弱 1-2、健康無衰弱 0
綜合衰弱檢測	FI-CD	累積缺失分數 0-1	參考截值 0.25
主觀衰弱檢測	FRAIL	疲倦、阻力、步行、不適、體重減輕	衰弱 3、前衰弱 1-2、健康無衰弱 0
骨鬆衰弱檢測	SOF	體重減輕、耗竭、椅子起坐五次	衰弱 2、前衰弱 1、健康無衰弱 0
註： CHS=Cardiovascular Health Study Index (Fried's Frailty Phenotype); FI-CD=Frailty Index of Accumulated Deficits; FRAIL = Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness and Loss of Weight Index; SOF=Study of Osteoporotic Fracture(SOF) Index			

元，包含：高齡、女性、低教育程度、低收入、社會參與少、抽菸、飲酒、自覺健康狀況差、罹患多種慢性疾病、失能、肌肉力量下降、缺乏運動或活動、有憂鬱症狀、在過去一年有跌倒過、有日常生活活動障礙、屬於前衰弱階段的個案、認知功能障礙、身體活動功能障礙、身體質量指數(BMI)、心血管疾病（冠狀動脈心臟病、充血性心衰竭、中風、高血壓）、糖尿病、髖部骨折、慢性阻塞性肺病、關節炎和癌症等皆與衰弱有關²³。因此決定衰弱組成包括性別、年齡、社經教育、生活型態和疾病是衰弱潛在因素，和身心活動參與的功能表現要素。

三、自動化多面向功能檢測及衰弱風險評估

台灣首部自動化老人衰弱症衰弱設備－樂齡寶貝機－上市及介紹已在本會刊發表²。樂齡寶貝機檢測內容經過簡化後，在系統問卷保留68題加上自動化功能測量以及身體組成肌肉量分析等12種數據。首件計畫接受台北市老人體檢志願者為對象，於2018年四月底於台大醫

學院人文博物館進行功能檢測，通過醫院倫理委員會審查正式上線。針對老人體檢項目加上樂齡寶貝機功能施測，可以呈現老人多面向功能檢測及衰弱風險評估結果。

樂齡寶貝機所採用上述四種衰弱評量指標，經軟體化設計適合社區及臨床使用，分別命名為客觀身體衰弱檢測、綜合衰弱檢測、骨鬆衰弱檢測和主觀衰弱檢測。

其次，在採用多面向功能缺失的衰弱指標方面，所涵蓋的面向不一而足，皆有差異。例如在義大利使用MPI(Multidimensional Prognostic Index)，有八項，包括：用藥數、ADL、IADL、認知狀況、營養狀況、壓瘡、共病症和生活狀況²³。KCL亦有八項，包括：日常生活功能、運動功能、營養功能、攝食功能、社交功能、記憶、憂鬱和生活型態²²。

表二是樂齡寶貝機所呈現老人衰弱症自動化檢測量表與指標，共七面向，34項量表。藉由經過CGA資料後，計算多面向功能之缺失的比例或分數，做為衰弱檢測標準，我們利用這

些檢測可以看出與衰弱檢測相關的功能分類，表二是樂齡寶貝機檢測內容，包括量表名稱、所含項目的問卷題號及參考標準和結果。各項

目與標準係根據衰弱相關的文獻複查和老年衰弱問卷修飾而定，可以做為檢測對象的健康議題及各種多面向功能風險評估的分類。

表二、老人衰弱症自動化檢測量表與指標

年齡性別

量表	項目	參考標準	結果
年齡	年齡	65-74、75-84、85-94、95以上	
性別	性別	女F、男M	

社教生活型態

量表	項目	參考標準	結果
低教育程度	1.低教育程度（小學）	是：1分	1風險/ 0無
社會性衰弱 檢測	2.獨居 3.二樓以上無電梯 5.需要幫忙時有人能協助 68.缺乏社交或社會活動	是：1分 2.獨居/3.二樓以上無電梯（擇一） 5.需要幫忙時有人能協助/68.缺乏社交或社會活動（擇一）	0正常/ 1疑似/ 2風險
生活型態 檢測	6.有吸菸 7.有喝酒 8.無規律運動 20.睡眠障礙	是：1分 1項疑似 2項以上風險	0正常/ 1疑似/ 2風險

慢性疾病

指標	項目	參考標準	結果
高風險心血管疾病	11.高血壓12.糖尿病13.高血脂 14.腦中風15.心臟病18.腎臟病	兩者皆是：1分 11,12,13（擇二）+14,15,18（擇一）	1風險/ 0無
心血管疾病衰弱	15.心血管疾病+衰弱	兩者皆是：1分	1風險/ 0無
高風險肝臟病	17.肝病/肝硬化+7.喝酒	兩者皆是：1分	1風險/ 0無
肝臟疾病衰弱	17.肝病/肝硬化+衰弱	兩者皆是：1分	1風險/ 0無
高風險呼吸疾病	16.慢性COPD+6.吸菸	兩者皆是：1分	1風險/ 0無
呼吸疾病衰弱	16.慢性COPD+衰弱	兩者皆是：1分	1風險/ 0無

高風險癌症	19.惡性腫瘤	是：1分	1風險/ 0無
癌症衰弱	19.惡性腫瘤+衰弱	兩者皆是：1分	1風險/ 0無
疾病性衰弱檢測	任一疾病+客觀身體衰弱	兩者皆是：1分 1項疾病：輕度 2項疾病：中度 ≥3項疾病：重度 (未來可依疾病數和衰弱程度區分嚴重程度)	0正常/ 1輕度/ 2中度/ 3重度

行動平衡

量表	項目	參考標準	結果
客觀身體衰弱檢測	34.過去一年體重減輕大於3公斤或5% 35.過去一週做事很費力、提不起勁做事 36.體能活動度低 77.握力 78.(6公尺)行走速度	34.是：1分 35.是：1分 36.是：1分 77. 男 BMI <22.1 kg/m ² 25.0 kg BMI 22.1~24.3 kg/m ² 26.5kg BMI 24.4~26.3 kg/m ² 26.4kg BMI >26.3 kg/m ² 27.2kg 女 BMI <22.3 kg/m ² 14.6 kg BMI 22.3~24.2 kg/m ² 16.1 kg BMI 24.3~26.8 kg/m ² 16.5 kg BMI >26.8 kg/m ² 16.4 kg 78. 男 Height ≤163cm 0.67m/s Height >163cm 0.80m/s 女 Height ≤152cm 0.57m/s Height >152cm 0.67m/s	0無衰弱/ 1前衰弱/ 2衰弱

主觀衰弱 檢測	30.慢性病看診科別 ≥ 4 科 34.過去一年體重減輕大於3公斤或5% 38.近一個月身體累，疲倦 42.爬10階以上樓梯有困難 41.行走100公尺以上有困難	是：1分	0無衰弱/ 1前衰弱/ 2衰弱
骨鬆衰弱 檢測	34.過去一年體重減輕大於3公斤或5% 35.過去一週做事很費力、提不起勁做事 80.坐站5次	34.是：1分 35.是：1分 80.>15sec：1分	0無衰弱/ 1前衰弱/ 2衰弱
綜合衰弱 檢測	所有題目	是：1分 10-30%：前衰弱 > 30%：衰弱	0無衰弱/ 1前衰弱/ 2衰弱

營養肌量

量表	項目	參考標準	結果
營養不良檢測	33.有營養問題 34.過去一年體重減輕大於3公斤或5% 55.有缺牙齒而影響咀嚼進食 75.BMI<18	是：1分 1項：疑似 2項：風險	0正常/ 1疑似/ 2風險
肌少症檢測	76.四肢肌肉質量指數 77.手握力 78.行走速度	無肌肉量減少（四肢肌肉質量指數）：正常 肌肉量減少：疑似 肌肉量減少+手握力差或走路速度慢 其中之一：風險	0正常/ 1疑似/ 2風險
肥胖型肌少症 檢測	75.BMI 76.四肢肌肉質量指數	肌肉量減少+BMI>30	1風險/ 0無
綜合營養評估	I. 48.覺得不快樂；50.覺得生活空虛；49.對事物沒興趣；52.覺得沒有希望 II. 33.有營養問題；34.過去一年體重減輕大於3公斤或5%；55.有缺牙齒而影響咀嚼進食 III. ADL>2	是：1分 1 I低風險 2 I+II中風險 3 I+II+III高風險	0正常/ 1低風險/ 2中風險/ 3高風險
牙口功能檢測	55.有缺牙齒而影響咀嚼進食+一項營養問題	兩者皆是：1分	1風險/ 0無

認知情緒

量表	項目	參考標準	結果
老年憂鬱檢測	48.覺得不快樂 49.對事物沒興趣 50.覺得生活空虛 52.覺得沒有希望	是：1分 1項：疑似 2項：風險	0正常/ 1疑似/ 2風險

認知檢測	43.記憶力不好 44.學習有困難 46.判斷力不好 47.忘記正確日期	是：1分 1項：疑似 2項：風險	0正常/ 1疑似/ 2風險
綜合認知評估	43.記憶力不好 44.學習有困難 46.判斷力不好 47.忘記正確日期	是：1分 43.記憶力不好/47.忘記正確日期 (擇一)：輕度 44.學習有困難：中度 46.判斷力不好：重度	0正常/ 1輕度/ 2中度/ 3重度
老年憂鬱評估	48.覺得不快樂/49.對事物沒興趣 50.覺得生活空虛 52.覺得沒有希望	48.覺得不快樂/49.對事物沒興趣 (擇一)：輕度 50.覺得生活空虛：中度 52.覺得沒有希望：重度	0正常/ 1輕度/ 2中度/ 3重度

溝通預防

量表	項目	參考標準	結果
多重就診	30.慢性病看診科別 ≥ 4 科	是：1分	1風險/0無
多重用藥	31.服用藥物 ≥ 8 種	是：1分	1風險/0無
溝通功能	45.溝通有困難； 53.有聽力障礙而影響日常活動； 54.有視力障礙而影響日常活動	是：1分 45,53,54(擇一)	1風險/0無
預立指示檢測	32.未簽署安寧緩和	是：1分	1風險/0無
善終準備檢測	4.無信仰或不虔誠 51.害怕死亡	有一項即為風險	1風險/0無

活動參與(生活功能檢測)

量表	項目	參考標準	結果
基本日常生活功能檢測	41.行走100公尺以上有困難 42.爬10階以上樓梯有困難 59.自行穿脫衣物 60.自行進食 61.自行移位 62.自行如廁/控制大小便 63.自行洗澡/維持個人衛生	是：1分 1-2項：輕度 3-4項：中度 5-7項：重度	0正常/ 1輕度/ 2中度/ 3重度
工具性日常生活功能檢測	64.自行購物 65.做家事 66.處理財務 67.使用電話/出門搭車	是：1分 1-2項：輕度 3項：中度 4項：重度	0正常/ 1輕度/ 2中度/ 3重度

自動化檢測輸出結果，除年齡、性別基本資料外，包括七大面向功能風險，共32項，臚列如下：

1. 社教生活型態：低教育程度（有/無）、社會性衰弱檢測（有/無）、生活型態檢測（有/無）。
2. 慢性疾病：高風險心血管疾病（有/無）、心血管疾病性衰弱（有/無）、高風險肝臟病（有/無）、肝臟疾病衰弱（有/無）、高風險呼吸疾病（有/無）、呼吸疾病性衰弱（有/無）、高風險癌症（有/無）、癌症衰弱（有/無）、疾病性衰弱檢測（低/中/高風險）。
3. 行動平衡：客觀身體衰弱檢測（低/中/高風險）、主觀衰弱檢測（低/中/高風險）、骨鬆衰弱檢測（低/中/高風險）、綜合衰弱檢測（低/中/高風險）。
4. 營養肌量：營養不良檢測（有/無）、肌少症檢測（有/無）、肥胖型肌少症檢測（有/無）、綜合營養評估（低/中/高風險）、牙口功能檢測（有/無）。
5. 認知情緒：老年憂鬱檢測（有/無）、認知檢測（有/無）、綜合認知評估（低/中/高風險）、老年憂鬱評估（低/中/高風險）。
6. 溝通預防：多重就診（有/無）、多重用藥（有/無）、溝通功能（有/無）、預立指示檢測（有/無）、善終準備檢測（有/無）。
7. 活動參與：基本日常生活功能檢測（低/中/高風險）、工具性日常生活功能檢測（低/

中/高風險）。

四、老人衰弱症評估相關健康風險呈現與介入防治課程

老人健康照護的三段五級是以老年衰弱症為核心，三段為健康促進、衰弱早期診治和失能之防治；五級分為健康無衰弱、前衰弱、衰弱、晚期衰弱和末期衰弱。衰弱所引起的後遺症，包括身體功能下降，活動力下降，跌倒、受傷、失能或殘障、住院、住進養護之家，及死亡率增加。唯有在早期檢測衰弱的發生後，積極介入防治，才能避免後續的失能^{24,25}。從世衛組織2015年健康與老化的建議：健康衛生的架構需針對不同階段提供不同的介入措施，以確保內在能力保存及發揮最大的功能²⁶。針對能力強的老年族群工作的重點包括：預防疾病、減少風險、倡導提高能力的行為、確保充分解決急性疾病以及儘早發現、儘早處理慢性非傳染性疾病。功能衰退時期，衛生政策的介入可以減少下滑的速度或是回復到原本的能力，環境的改變能促使身體功能維持。嚴重失能的個案，長期照護系統的提供及支持將有助於維持老年人的功能，並維持他們的基本生活權利和福祉²⁷。

從樂齡寶貝機系統問卷內容的發展，除了以衰弱為主的檢測，所涵蓋各類功能面向可以擴展至其它有關健康風險、長照需求和生活品質以及臨床處置等的應用。茲分述如下：

1. 綜合運動風險評估

(1) 低風險：過去一週做事很費力、提不起

勁做事/體能活動度低/近一個月身體累、疲倦（三項中有任一項為低風險）。

(2) 中風險：過去一年曾跌倒/平衡感變差，時有頭暈跌倒（二項中有任一項為中風險）。

(3) 高風險：行動力變差，需用拐杖/行走100公尺以上有困難/爬10階以上樓梯有困難（三項中有任一項為高風險）。

2. 長者簡易健康風險評估（各項風險參見表二）

認知風險（兩項以上）：記憶力不好、忘記正確日期、學習有困難或判斷力不好/尿失禁風險/情緒風險/營養風險/骨鬆衰弱。

3. 生活品質風險評估（各項風險參見表二）

(1) 生理面向風險：有無睡眠問題/運動風險程度/ADL風險程度/IADL風險程度/多重就診/多重用藥。

(2) 心理面向風險：情緒問題風險程度/認知問題風險程度/預立指示檢測/善終準備檢測。

(3) 社會面向風險：有無社會性衰弱。

(4) 疾病面向風險：有無疾病性衰弱。

4. 臨床活動等級：分為七級

(1) 第一級：不規律運動習慣。

(2) 第二級：體能活動度低。

(3) 第三級：IADL輕度（四項中有一至二項）。

(4) 第四級：ADL輕度（七項中有一至二項）。

(5) 第五級：ADL輕度（七項中有一至二項）+IADL中度（四項中有三項）。

(6) 第六級：ADL中度（七項中有三至四項）+IADL重度（四項皆符合）。

(7) 第七級：ADL重度（七項中有五至七項）+IADL重度（四項皆符合）。

5. 長照多元風險評估（各項風險參見表二）

日常生活功能風險程度/溝通問題風險程度/多重就診/多重用藥/體能風險程度/營養風險程度/認知風險程度/情緒風險程度/社會衰弱/照顧者負擔風險程度（長照需求）。

6. 老人基本功能風險評估（各項風險參見表一）

日常生活功能風險程度/體能風險程度/營養風險程度/牙口風險程度/社會衰弱/認知風險程度/情緒風險程度。

各項評估的功能風險，建議參與防治課程如表三所列。

長照2.0在2017年施行時規劃「預防及延緩失能照護方案研發及人才培訓計畫」，在照護方案針對衰弱失智及失能對象提供六大課程；而在人才培訓提供學習指引²⁸。根據衛福部長照專區官網公告之預防及延緩失能照護方案及師資人才資料庫，整理內容如表四所列為2017年長照2.0預防及延緩失能方案類別及課程內容。對照於老人健康需求以及本論文樂齡寶貝機之檢測內容，建議加入生活美學在心靈層次的提升，以及安寧療護善終準備等議題之相關課程。

表三 評估後介入失能防治課程與衰弱風險對象

課程類別	衰弱風險
肌力強化運動	運動平衡功能障礙、肌少症、各種衰弱、疾病性衰弱
膳食營養	營養不良、肌少症、各種衰弱、疾病性衰弱
口腔保健	營養不良、牙口功能不良、溝通障礙
心理社會健康	社教、生活型態、睡眠障礙、憂鬱、溝通障礙
認知促進	認知障礙、各種衰弱、溝通障礙
生活功能	日常生活功能障礙、各種衰弱、疾病性衰弱
安寧療護	預立指示、善終準備、疾病性衰弱

表四 長照2.0 預防及延緩失能方案類別及課程內容

肌力強化運動	生活功能重建訓練	社會參與美學訓練活動	口腔保健	膳食營養	認知促進
關節活動 上肢肌力 下肢肌力 軀幹肌力 心肺功能 肌耐力 協調能力 平衡能力	ADL IADL 飲食 運動 認知 習慣 人際 認知行為 減壓策略	音樂 園藝 藝術 繪畫	吞嚥安全 溝通功能 口腔保健操	食品標示 均衡飲食 慢性病營養 進食技巧 血壓-得舒飲食	注意力 記憶力 運算能力 邏輯推理 執行功能

五、結論

有鑑於台灣正快速人口老化，高齡化社會的核心課題是失能的預防，而一般大眾不易察覺失能前的衰弱症表現，亟待醫療體系積極推廣至民間及相關機構團體。老人衰弱症之檢測與介入已受到歐美國家的重視，而2017年亞太區域的共識也已經發表，台灣應急起直追、不落人後²⁹。展望2020，藉由樂齡寶貝機衰弱自動化檢測及多面向功能風險評估的判讀，可以做為以老人為中心預防失能為導向的臨床和社

區整合性健康照護計畫的依據。

在實施策略上，老人多面向功能自動化衰弱檢測與可以做為個人和不同族群老人健康風險評估，瞭解在老人健康議題包括慢性疾病、行動平衡、認知情緒、溝通預防和活動參與等的健康需求。而在居家層面提供生活機能、家庭支持、居家安全和智慧家屋的資源下，在社區層面提供個人化整合性符合活躍老人指標的健康照護。

進一步針對個人和不同族群老人之健康風

險，透過健康管理和提昇健康識能，做好自主健康照護，方能落實老人族群的健康國民白皮書所揭示在地老化、活躍老化，延長健康餘命的目標。

誌謝

感謝已故謝博生院長生前推動營造健康幸福高齡人生的指示及安排，系統軟體由真茂科技林燕山總經理領導研發團隊設計並已取得發明專利編號I570659和I377046。論文由助理李昕怡協助完成。樂齡寶貝機目前在台大醫學院醫學人文博物館設置，做為高齡友善健康關懷工作坊的老人衰弱測試使用。

參考文獻

1. 陳慶餘：焦點族群—老年人。郭耿南 編，2020健康國民白皮書2009；衛生署，台北市：P.16-21.
2. 陳慶餘：老人衰弱症自動化檢測與應用。台北市醫師公會會刊2018;62(4): 43-49.
3. 陳慶餘、謝博生：營造健康幸福高齡人生。景福醫訊雜誌社 2015:49-50。
4. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, et al: Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 2007; 55(5): 780-91.
5. Woodhouse, KW, Wynne H, Baillie S, et al: Who are the Frail Elderly? Q J Med 1988; 68(255): 505-6.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3): 146-56.
7. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA et al : Frailty: An emerging public health priority. J Am Med Dir Assoc 2016; 17(3): 188-92.
8. 陳慶餘：臺灣老年病症候群研究論文摘要集。2009，台灣老年學暨老年醫學會，臺北。
9. Chen, C. Y.: Geriatric syndrome in Taiwan. Arch Gerontol Geriatr 2010; 50 (Suppl 1).
10. Europe PMC Funders Group: Frailty in Older People. Lancet 2013; 381: 752-762.
11. 張家銘、蔡智能：老年人之周全性評估。台灣醫學2003; 7(3): 64-374.
12. 陳慶餘：陳理事長序。台灣老年學暨老年醫學，周全性老年醫學評估的原則與技巧，初版，2007，合記。
13. Elsayw B, Higgins KE. The Geriatric Assessment. Am Fam Physician. 2011; 83(1): 48-56.
14. Rockwood K, MacKnight C. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. Clin Geriatr Med 2011; 27(1): 17-26.
15. Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 73(5): 489-95.
16. Chan DC, Tsou HH, Chen CY: Validation of

- the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50(3): e74-80.
17. Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, et al. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr* 2008; 8: 24.
 18. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med.* 2016; 31: 3-10.
 19. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Sci World J* 2001; 1: 323-36.
 20. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Stone KL, Cauley JA, et al. Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 744-51.
 21. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 2012; 16(7): 601-8.
 22. Fukutomi E, Okumiya K, Wada T, Sakamoto R, Ishimoto Y, Kimura Y, et al. Relationships between each category of 25-item frailty risk assessment (Kihon Checklist) and newly certified older adults under long-term care insurance: a 24-month follow-up study in a rural community in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15(7): 864-71.
 23. Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D' Ambrosio LP, Scarcelli C, Cascavilla L, et al. Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Res* 2008; 11(1): 151-61.
 24. 陳慶餘：衰弱症。台灣老年學暨老年醫學會，老年病症候群(初版)，2012。合記圖書出版社，臺北市：141-158。
 25. 吳風鈴、陳慶餘、許志成等：以衰弱症為導向的老人三段五級預防。臺灣醫界 2013; 56: 17-22.
 26. WHO: World report on health and ageing, 2015 Revision.
 27. 陳慶餘、黃國晉：醫療體系在高齡化社會的因應策略（一）從醫院到社區：高齡化社會的新挑戰，國家衛生研究院 2017，28-29。
 28. 陳慶餘、蔡宜蓉：衰弱老人手冊。衛生福利部106年度「預防及延緩失能計畫」照護方案手冊，2017。
 29. Dent E, Lien C, Lim WS et al: Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18(7): 564-75. 

脊髓損傷病患之急性腹症

振興醫療財團法人振興醫院復健部 李林鍵

一般脊髓神經完整未受損的病患發生急性腹症(acute abdomen)，如急性消化性潰瘍合併穿孔、急性闌尾炎、急性膽囊炎或急性胰臟炎時，會表現出腹痛、腹部壓痛(tenderness)及其他相關的症狀與徵候，藉由詳細的病史詢問及理學檢查可提供鑑別診斷的線索，無論是使用藥物保守治療或是外科手術治療，通常有很高的治癒率。

脊髓損傷(spinal cord injury)的病患因神經系統受損使腸胃消化系統受到嚴重的影響，發生急性腹症時其症狀通常並不典型，甚至沒有症狀，因此病患及照顧者容易延誤就診；另一方面，臨床醫師診治疑似發生急性腹症之脊髓損傷病患時，因病患症狀不典型而不容易做出正確且及時的診斷，而早期診斷是急性腹症重要的預後因子，因此脊髓損傷病患合併急性腹症時會有較高的併發症發生率。根據先前的研究指出，高達5%的脊髓損傷病患會在受傷初期出現急性腹症，脊髓損傷病患合併急性腹症時約有三分之一的病患會被延誤診斷¹，從病患症狀出現至臨床醫師做出正確診斷耗時一天至三個月，而且病患死亡率高達10%^{1, 2}。這都再再顯示了要在脊髓損傷病患身上及時且正確地診斷急性腹症是一件非常困難的挑戰。最常見造成病患死亡的原因為腹部內臟器官穿孔破洞合併腹膜炎，下腸胃道之破洞穿孔尤為常見²，例如急性闌尾炎或消化性潰瘍破裂穿孔造成腹膜炎與腹腔內膿瘍。

正常前腹壁的體感覺由第七胸椎神經至第一腰椎神經支配，腹腔內器官的內臟感覺則由

第一胸椎神經至第三腰椎神經支配^{2, 3}。因此脊髓損傷病患發生急性腹症時，其臨床表現取決於脊髓損傷的位階(neurologic level)及脊髓受損的程度(完全損傷 vs. 不完全損傷)²。四肢癱瘓與僅雙下肢癱瘓的脊髓損傷病患發生急性腹症時，其臨床症狀與徵候便不相同，此外，四肢癱瘓的脊髓損傷患者也有較高的機率發生膽囊疾病與胰臟炎。

在四肢癱瘓的脊髓損傷病患，由於內臟疼痛傳入的神經路徑受損，因此即使發生急性腹症也通常不會有腹痛的症狀出現。在脊髓受損位階位於或高於第六胸髓的病患，發生急性腹症時可能也不會出現腹部僵硬(abdominal rigidity)及反彈痛(rebounding pain)等典型的腹膜刺激徵候(peritoneal irritating signs)，前腹壁肌肉張力的增加(spasticity)可能是理學檢查時唯一可觀察到的徵候³。當四肢癱瘓的脊髓損傷病患出現自主神經反射失調(autonomic dysreflexia)的症狀時（如嚴重的頭痛、血壓顯著升高、大量流汗、臉部與頸部潮紅），就需特別注意病患是否已出現急性腹症。另外，若病患出現噁心、嘔吐、無胃口、模糊無法清楚描述的腹痛、腹漲合併腹圍突然增加、轉移至肩膀的疼痛、腹部僵硬或前腹壁肌肉張力增加，亦要對急性腹症保持高度的警覺性⁴。相對而言，在脊髓受損位階低於第六胸髓的雙下肢癱瘓患者，發生急性腹症時則較可能出現腹痛與腹部僵硬及反彈痛等典型腹膜刺激徵候⁵。因此疑似發生急性腹症時，四肢癱瘓的脊髓損傷病患須考量的鑑別診斷相較於僅雙下肢

癱瘓的病患或無脊髓損傷的一般病患，需更為廣泛與周全。

脊髓損傷病患通常會合併出現與急性腹症相似的症狀，而這些日常生活中就已經存在且熟悉的症狀容易使病患、照顧者甚至臨床醫師失去警覺性，因此忽略發生急性腹症的可能性^{4, 6}。舉例而言，脊髓損傷病患因腸道支配神經受損與身體活動減少而常見有慢性便秘的情形，因此常會有腹漲、噁心與無胃口等症狀，此外脊髓損傷病患常見合併之胃輕癱(gastroparesis)與麻痺性腸阻塞(paralytic ileus)也會造成前述症狀，脊髓損傷造成的膀胱功能受損其導致的急性尿液滯留(acute urinary retention)亦會造成自主神經反射失調的症狀⁷。因此，脊髓損傷病患合併急性腹症時出現的症狀與徵候不僅模糊、不具特異性也不可靠，要診斷急性腹症主要依賴實驗室檢驗與影像學檢查。

開立的實驗室檢驗需包含全血球計數（白血球計數）、胰臟酵素、肝功能指數與電解質濃度⁷。若病患合併有發燒或全血球計數顯示白血球增多(leukocytosis)，則需考慮感染的可能性，因此細菌培養(血液培養、尿液培養、痰液培養及傷口培養等)便很重要。值得注意的是，實驗室檢驗的結果有時並不可靠，故需小心判讀。脊髓損傷病患常見有尿路感染、肺炎及壓瘡或皮膚感染，這些感染都可能會造成發燒及白血球增多，而急性腹症可能與這些感染一同發生，但因這些感染而忽略了急性腹症

的存在而延誤診斷。另一方面，脊髓損傷合併急性腹症時只有部分的病患會出現白血球增多，部分病患的白血球數目是正常的，目前原因不明⁵。

腹部X光、超音波及電腦斷層掃描有助於確立急性腹症的診斷²。安排腹部電腦斷層掃描可早期診斷急性腹症，及早開立適當的治療（如抗生素治療或手術治療），有助於改善病人的預後⁴。此外，電腦斷層掃描亦可減少不必要的手術治療。

臨床醫師應教育病患及照顧者關於脊髓損傷合併急性腹症時可能出現之症狀及徵候（如腹漲合併腹圍突然增加、噁心、前腹壁或肢體的肌肉張力突然增加、發燒），以提高病患及照顧者的警覺性以避免延誤就診。平時若非必要應避免開立會使腸胃道蠕動變差而造成便秘的藥物，有噁心、嘔吐副作用的藥物亦需小心使用。面對脊髓損傷病患要及時且正確地診斷急性腹症的原因對臨床醫師而言是非常具有挑戰性的，然而目前並沒有完善的臨床指引可供參考及遵循，如何評估與治療病患需仰賴高度的警覺性與臨床經驗的累積。需特別注意的是，疑似發生急性腹症時，四肢癱瘓的脊髓損傷病患其臨床表現較僅雙下肢癱瘓者更不明顯也更不具特異性，因此考量的鑑別診斷與安排的檢驗及檢查需更為廣泛與周全。

結語

臨床醫師面對疑似發生急性腹症之脊髓損傷病患時，應保持高度的警覺性，及早開立必

要的實驗室檢驗與影像學檢查，使可早期確診並及早安排正確之治療，以期避免併發症的發生及改善病患之預後。

參考文獻

1. Sheridan R: Diagnosis of the acute abdomen in the neurologically stable spinal cord-injured patient. A case study. *J Clin Gastroenterol* 1992; 15: 325-8.
2. Miller BJ, Geraghty TJ, Wong CH, et al: Outcome of the acute abdomen in patients with previous spinal cord injury. *ANZ J Surg* 2001; 71: 407-11.
3. Yung JC, Groah SL: Crohn' s disease in a patient with acute spinal cord injury: a case report of diagnostic challenges in the rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 1274-8.
4. Strauther GR, Longo WE, Virgo KS, et al: Appendicitis in patients with previous spinal cord injury. *Am J Surg* 1999; 178: 403-5.
5. Neumayer LA, Bull DA, Mohr JD, et al: The acutely affected abdomen in paraplegic spinal cord injury patients. *Ann Surg* 1990; 212: 561-6.
6. Zaremski JL, Jayawardena V, Lew HL: An occult presentation of appendicitis in a patient with tetraplegia. *Am J Phys Med Rehabil* 2010; 89: 156-9.
7. Mowrey K: The challenge of assessing and diagnosing acute abdomen in tetraplegics: a case study. *J Neurosci Nurs* 2007; 39: 5-8. 



過敏性休克之急救

¹臺大醫院急診醫學部 ²台大醫學院醫學系
蘇培易¹ 李安阜¹ 石祐林¹ 嚴閔騰² 李建璋¹

流行病學

過敏性反應(anaphylaxis)是一種急性、可能致命且影響多系統之病狀。造成過敏性反應的主因有三大類：藥物、食物和毒液，他們都可能使嗜鹼性球或肥大細胞釋放組織胺、酵素、細胞激素等物質，這些物質會直接作用在組織上造成過敏症狀或者吸引更多發炎細胞（嗜酸性球為主）前來，被吸引過來的發炎細胞會分泌更多發炎介質，進而引起連鎖反應，最終可能造成過敏性休克甚至死亡。大約1.5%-5.1%的美國人曾經歷過過敏性反應，台灣雖無確切統計數字，醫美手術麻醉過敏性休克致死或是止痛藥過敏休克卻時有所聞。2018年11月媒體也報導，英國一婦女自小對芝麻過敏，她在英國航空公司航班上，吃下沒有標示芝麻成份的雞肉卷後出現過敏性休克並停止呼吸，所幸同機有女醫師為她注射腎上腺素(epinephrine)，才救回一命。在美國因過敏性反應而住院的人之死亡率為1%、因過敏性反應來急診的人死亡率為0.1%。在全球大多數區域，藥物為致死性過敏性休克的主因。在美國2008-2010年間，根據ICD-10分類的統計，藥物過敏致死率為0.51人/百萬人。最常引起致死性過敏性休克的藥物種類為：Beta-lactam類抗生素、在全身麻醉下給予肌肉鬆弛劑及注射型顯影劑。除了藥物，過敏來源主要有2大類：食物和昆蟲。食物常見如堅果類（花生、芝麻）、水果類（奇異果、草莓、芒果）、蛋白等。統計上，西方人對食物過敏的情形較常見，尤其是堅果類。昆蟲也是常見過敏原，台

灣最有名的就是虎頭蜂。

臨床症狀與徵象

過敏性休克會影響多種器官與系統，包括：皮膚(80-90%)、呼吸道(70%)、腸胃道(30%)、心血管(10-45%)、中樞神經系統(10-15%)。皮膚症狀包括搔癢、蕁麻疹、血管性水腫、臉部潮紅；呼吸道症狀包括鼻炎、咽部或喉部水腫、支氣管收縮、咳嗽；心血管症狀包括心律不整、心肺功能停止；腸胃道症狀包括噁心、嘔吐、腹瀉、腹痛。小孩和年輕人較容易出現皮膚搔癢、蕁麻疹、嘔吐和腹瀉，是和老年人不同的地方，在鑑別診斷需要特別注意年齡所造成症狀上的區別。

診斷

診斷過敏性休克第一線證據是由臨床症狀判斷。美國國家過敏和傳染病研究所與食物過敏和過敏性休克關係網組織推出以下三個診斷標準，若符合其中一項則可診斷過敏性休克。

- 一、快速發生的疾病進展（數分鐘到數小時內），包括皮膚、黏膜或兩者同時具備（例如：全身性蕁麻疹，皮膚搔癢、潮紅，嘴唇、舌頭或懸雍垂水腫）。以及以下至少一個症狀：呼吸道症狀（例如：呼吸困難、支氣管痙攣、低氧血症、喘鳴、哮鳴）、血壓下降或是終端器官損傷（例如：肌張力低下、昏厥、失禁）。
- 二、在接觸到可能的過敏原之後數分鐘到數小時之內有以下兩種以上的症狀：皮膚、黏膜症狀（例如：全身性蕁麻疹，皮膚搔

癢、潮紅，嘴唇、舌頭或懸雍垂水腫）、呼吸道症狀（例如：呼吸困難、支氣管痙攣、低氧血症、喘鳴、哮鳴）、血壓下降或是終端器官損傷（例如：肌張力低下、昏厥、失禁）、持續性腸胃道症狀（例如：腹部絞痛、嘔吐）。

三、在接觸到已知過敏原之後數分鐘到數小時內血壓下降：

嬰幼兒：低收縮壓（視年紀而定），或是收縮壓降低大於30%；成人：收縮壓小於90毫米汞柱，或是收縮壓降低大於平常值30%。

此診斷標準的敏感性為97%，特異性為82%，但是即使在符合診斷標準的情況下也不能排除掉其他鑑別診斷。皮膚症狀為過敏性休克的診斷重點，但是缺乏皮膚症狀表現並不能排除掉過敏性休克的鑑別診斷。診斷過敏性休克第二線證據是由抽血報告判斷，包括組織胺(Histamine)和類胰蛋白酶(Tryptase)。組織胺主要存在於嗜鹼性球和肥大細胞，在過敏反應發生後約15-60分鐘內會上升。類胰蛋白酶主要存在肥大細胞中，在過敏反應發生後同樣約15-60分鐘內會上升。由於組織胺和類胰蛋白酶半衰期短的關係，抽血檢驗的合適時間十分重要，避免偽陰性的產生。

基本救命術 (BLS modification)

在過敏性休克的病人當中，口咽及喉頭的水腫可以是非常迅速的，所以早期及迅速的呼吸道介入處置至關重要，轉送到可以提供醫

療專業的照護機構不應該因為任何的理由而延誤。在出現嚴重過敏反應如低血壓、呼吸道水腫及呼吸困難的病人當中，在可以取得藥物的狀況下，建議立即於大腿前外側的肌肉注射0.2到0.5毫克的腎上腺素(1:1000)，若狀況未改善，可以每五到十五分鐘重複注射一次。

進階心臟救命術 (ACLS Modifications)

呼吸道(airway)：當過敏性休克病患出現聲音沙啞(hoarseness)、喘鳴聲(stridor)、口咽及喉頭的水腫時，早期辨識出困難呼吸道並準備相對應的計畫（如環甲膜切開術等外科氣道）是非常重要的。輸液治療(Fluid resuscitation)：在一篇前瞻性的研究中發現，因為蜂螫而產生過敏性休克的病人當中，重複的給予等張性的晶體溶液（如生理食鹽水）可以成功維持病人的收縮壓在90毫米汞柱以上。所以在過敏性休克的病人當中，積極的輸液給予是相當重要的。升壓藥物(Vasopressors)：當周邊靜脈管路已經建立時，經由靜脈管路一次性的給予腎上腺素是在肌肉注射之外的另一種選擇（每次給予0.05-0.1 毫克）。而相對一次性的從周邊靜脈管路給予，持續性的輸注（5-15 微克/分鐘）似乎可以將血壓維持在比較好的數值。另外，過敏性休克心肺停止後恢復自主循環的病人中，持續性的靜脈給予腎上腺素也是可以考慮的一種方式。因為過敏性休克而心肺停止的病人當中，如果對於腎上腺素反應不良，其他種類的升壓藥如血管張力素、正腎上腺素等藥物也是可以考量的選項。要注意的是，過敏性休克常有兩階段反應，經過急救

後，第一階段休克好像好了，但在24小時內，20%的人又會二次休克，也就是突然又開始出現休克症狀，必須再次以同樣步驟急救，所以過敏性休克病人起碼要觀察24小時。

其他輔助性治療 (Other interventions)

其他的輔助性治療如抗組織胺、吸入性的支氣管擴張劑以及靜脈給予的類固醇等等，在過敏性休克或是因為過敏性休克而心肺停止的病人當中，或許都有幫助。

腎上腺素注射筆 (Epi pen)

因為過敏性休克的發生又快又猛，往往等不及專業救護員及時趕到進行治療，建議有潛在過敏性休克危險的人，或是爬山可能會遇到虎頭蜂等，可事先備妥做為常備急救藥品。成人劑量為0.3毫克，兒童劑量為0.15毫克。一旦發生不預期過敏性休克，病患可以自行在大腿肌肉外側注射自救。值得一提的是，腎上腺素注射筆因為只有少數藥廠製造，一枝腎上腺素注射筆 (Epi pen) 的消費主終端藥計價過去十年來在美國從一百美金漲到六百美金，很多患者無法負擔，引發美國關於藥政制度及藥品中間商層層費用膨脹爭議。此藥物在台灣也是自費藥，台灣藥政單位應注意此國際藥價趨勢。

Kounis 症候群 (Kounis syndrome)

Kounis症候群主要是描述因為過敏所引發的冠狀動脈攣縮、心肌梗塞或是支架栓塞。這與因為過敏反應所釋放的各種細胞激素引起冠狀動脈攣縮有關，而與傳統認知的因為周邊血管擴張導致心臟灌流降低所引起的心肌受損不

同。在一系列的回顧文獻中也指出，部分過敏性休克的病患的確會出現心肌受損甚至是心肌梗塞等情形。在這些病患當中，傳統的治療如類固醇、腎上腺素或是輸液給予並不會有立即性的改善，而需要介入性的心血管治療才能減緩病人臨床的症狀。因此，在臨床上辨識出因為過敏所引起的心肌壞死(allergic myocardial infarction)就相當重要了。臨床上在診斷Kounis症候群目前有幾種可以使用的檢查，如心臟磁共振造影及心臟閃爍攝影(scintigraphy)等，合併血液中的組織胺(histamine)、胰蛋白酶(trypsin)以及心肌酵素的升高可以更加確定診斷。因此也有學者建議在嚴重過敏反應的病人當中，應該例行性的檢查心肌酵素以早期診斷Kounis症候群。

Kounis症候群一般可以分成三種類型，第一型的病人冠狀動脈本來並無異常，是因為過敏而使冠狀動脈攣縮所導致，從單純的攣縮到心肌酵素上升的心肌梗塞都有可能。第二型的病人本來就有冠狀動脈的狹窄，也是從單純的攣縮到粥狀動脈硬化斑塊破裂所導致急性心肌梗塞都有可能。第三型則是指先前曾經因為冠狀動脈狹窄而置放過支架，此次因為過敏反應而導致的支架內栓塞，栓塞以特殊染色可以看到嗜酸性球和肥大細胞的浸潤。臨床上可以使用核醫檢查如鉍-201做心肌灌注掃描來辨識出第一型的Kounis症候群，即介入性心血管檢查沒有發現明顯狹窄，但在心肌灌注掃描可以發現心肌嚴重的缺氧。

葉克膜在過敏性休克的角色 (ECMO for anaphylaxis)

因過敏性休克而心跳停止的病人中，上述治療效果不佳時，應積極考慮以葉克膜作為過渡的治療。因為過敏性休克是可逆性的變化，在文獻搜尋中臺灣分別有兩例是以葉克膜作為過敏性休克後心肺停止的過渡治療。兩例案例也分別在撤除葉克膜之後順利出院。因此，在葉克膜相關技術及人力可以立即取得的狀況下，要積極以葉克膜作為急救之道。

特殊過敏反應處置

蜂螫的處理原則(Wasp sting)

在過敏性休克的原因中，蜂螫所引起的佔了很大一部分的比例。蜂螫後產生過敏性反應的嚴重程度，也與蜂螫的數目有著相當大的關聯。有文獻就指出，大於十處以上的蜂螫，過敏性休克的比例比起只有一處的蜂螫高出許多(11.3%與4.2%)。因此，在蜂螫病人中辨識出嚴重過敏反應到過敏性休克的病人並給予適當的治療（如肌肉注射腎上腺素）就相當的重要了。常見的嚴重過敏反應臨床表現如下：呼吸困難、吞嚥困難、喘鳴聲、意識喪失、發紺、低血壓等等。在嚴重過敏反應的病人中，要即時的給予腎上腺素、類固醇以及抗組織胺。呼吸道的評估也非常重要，如果出現呼吸困難或是喉頭水腫等狀況，要及早給予呼吸道的介入處置，甚至考慮外科呼吸道（如環甲膜切開術）等。另外，部分文獻也指出，並不是所有嚴重過敏反應的病人都會有皮膚系統的症狀

（如蕁麻疹或是血管性水腫等），所以當有蜂螫的暴露史，合併出現低血壓或是喘鳴等等症狀時，也應視為嚴重的過敏反應而給予適當的治療。

異丙酚輸注症候群(Propofol infusion syndrome)

異丙酚目前已經是門診手術最常使用的靜脈麻醉藥物，異丙酚輸注症候群在臨床上是一個罕見但相當致命的症候群，雖常見於長時間（>48小時）且高濃度（>4 毫克/公斤/小時）的輸注但也有短時輸注就引發的案例。臨床上常見的表現不僅是過敏性休克，還包含有：代謝性酸中毒、脂血症、肌紅蛋白尿、橫紋肌溶解、心律不整（心搏過緩、心房顫動、傳導阻滯等）、心肌受損、肝腎衰竭等。值得一提的是，在異丙酚輸注症候群的病人身上可能會出現特異性的心電圖表現，即在胸前導極(V1-V3)出現下斜式的ST波段上升。有文獻發現在異丙酚輸注症候群中，下斜式的ST波段上升是最早出現的心電圖表現，最終可能演變成心室性心律不整甚至到無法矯正的心室顫動，最終死亡。目前對於異丙酚輸注症候群背後可能的病生理機轉有：干擾粒線體內電子傳遞鏈的進行、影響脂肪酸代謝等，進而造成臨床上看到的表現。常見異丙酚輸注症候群的危險因子有：基因方面的缺失（如medium-chain acyl Co A dehydrogenase deficiency）、低碳水化合物供給、合併使用類固醇或是兒茶酚胺類藥物等。

在預防方面，減少長時間（>48 小時）且

高濃度(>4 毫克/公斤/小時)的輸注並在使用時審慎評估、維持碳水化合物供給6–8毫克/公斤/分鐘都是有幫助的。另外，在使用異丙酚的病人身上，時時考慮異丙酚輸注症候群的可能並即時的停藥，合併實驗室的檢查如血液氣體分析、乳酸濃度、心肌酵素、電解質、肌酸激酶等都可以讓我們及早發現異丙酚輸注症候群的出現。治療部分目前以支持性治療為主，即時的停藥、矯正代謝性酸中毒，以及為了增加異丙酚的排除及其潛在的毒性代謝物，可能可以考慮血液透析或血液過濾來治療。當治療無效也應該考慮葉克膜介入，畢竟藥物反應通常屬於可逆性可修復之反應。

結論

過敏性休克是雖然發生率不高，卻是所有基層醫師的夢魘，基層醫療診所缺乏維生設備，所以發生狀況時要謹記基礎救命術ABC原則，同時要早期給予腎上腺素注射與大量輸液。另外從文獻報告與生理機轉推論，過敏性休克是可逆性一過性反應，急救過程不要輕易放棄，尋求ECMO作為最後一線治療有時就會產生意想不到的效果。

參考文獻

1. Paul J. Turner et al: Fatal Anaphylaxis: Mortality Rate and Risk Factors. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017; 5(5): 1169–78.
2. Liu FC, et al: Epidemiology of Anaphylactic Shock and its Related Mortality in Hospital Patients in Taiwan: A Nationwide Population-Based Study. Shock. 2017; 48(5): 525–31.
3. Takazawa T, Oshima K, Saito S: Drug-induced anaphylaxis in the emergency room. Acute Med Surg. 2017; 4(3): 235–45. ㊦





夢想 無可取代

好想兔力挺弱勢孩子的逐夢舞台，
特別設計3款不同兒少的才藝布貼，邀您響應！

於家扶官網、LINE Pay、街口支付指定捐款
「無窮世代X好想兔公益專案」



單筆捐款滿

520

元，

贈送「好想兔愛拼貼」乙組（每組三款）

單筆捐款滿

1314

元，

贈送「夢想吾可取袋」乙個 + 「好想兔愛拼貼」乙組
（提袋為孩子畫作與家扶媽媽手工製作/五種顏色隨機出貨）

服務欄

誠徵醫師

- 馬偕紀念醫院109年度新進住院醫院招募，誠徵各科若干名，詳請至網址<http://www.mmh.org.tw>。
- 財團法人醫藥品查驗中心誠徵醫師審查員，職務：藥品查登、臨床試驗及研發諮詢輔導(具醫師證書及專科醫師證書)詳閱本中心官網：www.cde.org.tw。
- 台北市信義區儷寶得皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 台北市信義區幫痘氏皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 台北市松山區聘請有家醫科耳鼻喉科看診經驗之專兼任醫師，近南京三民站，意者請洽0925-283232邱小姐。
- 誠康診所徵家醫專科，高保障薪加抽成，內湖、汐止、基隆地區，團隊合作、工作愉快、學習成長。另接受診所頂讓評估。意者洽(02)8791-0636。

懷念與追思—林祖權醫師

林鄭輝美(林祖權醫師之妻)



林祖權醫師懸壺濟世逾六十年。其視病猶親，不求名利，嘉惠病患不計其數，極受信賴。

中年後因興趣故，投注心力於七彩神仙魚的水族養殖研究，在台灣首度成功繁殖此觀賞魚之王，他無意從中獲利，將秘訣方法廣為教導同好，也因此被水族界人士尊稱為台灣七彩神仙之父。晚年退休之後，本欲與夫人一同前往最為嚮往的日本雲遊長住，可惜因疾病纏身，行動不便而無法成行。但在家人完善照顧之下，舒適安穩度過餘年，於九十高齡時溘然長逝。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

週末、禮拜天

先生姓周、太太姓李。太太生了對雙胞胎。

老丈人向女婿提出了取名方向：1.給孩子取名，一個姓周、一個姓李；2.兩個名字要有相同意思；3.取得名字要有紀念意義。

幾天後，女婿告訴老丈人名字取好了。老丈人問：「叫什麼名字啊？」女婿回答：「一個叫周末，一個叫李拜天。」

老丈人聽了心中大悅，開了瓶威士忌：「祝周末、李拜天愉快！」

很難得啊！

阿仁對朋友抱怨：「我想離婚，我太太已經三個月沒有和我說半句話了。」

「你要考慮清楚啊！」朋友勸他：「現在這種太太已經很難找了。」

職業病

某醫師到一家餐廳吃飯，點菜時，看到服務生不經意地摸屁股，便關心問道：「有痔瘡嗎？」

服務生指了指menu說：「請您點菜單裡有的菜好嗎？」

人算不如天算

小林去醫院打針。快到注射室時，護理長嚷著：「今天是你們實習最後一天，今天要審考核。」

小林一驚，馬上抽回注射單，去外面逛了一圈再回來，果然人潮散了，實習護士也不見了。小林暗喜躲過被實習，向護理長遞出注射單。

護理長看了單子轉頭喊道：「剛剛不及格的出來補考。」

凱古拉的黃昏

書田泌尿科眼科診所 吳國鈞



眺望遠山，看晴空藍天，瞅白雲朵朵，似乎踏不出黃昏的身影



厚重的雲，擋不住耀眼的斜陽，黃色的魯冰花，在黃昏中，越顯亮麗



天空是白雲的故鄉，是霞光的舞台，斑斕美麗



天邊的雲，像藍色的布幔，沿著遠山，緩緩而降



草地的碧綠，海水半幽藍，雲空的霞光，正展開大片的黃



拋開厚重的昏雲，在白空下留住幾許湛藍



海平如鏡、青草依舊、藍雲低陳、遠空翻騰，這個黃昏，應不寂寞



散發紫色的無奈，留下小片的藍



暈開的雲，掙脫潑墨的重



是雲煙，冉冉而昇，是霞光，隱隱而現



是草地，時暗時青，是黃昏，正在進行



潑墨般的雲，攪得大地時暗時明，霞光不甘示弱，也在縫隙中擠出身影

醫師怎麼沒跟我強調一定要 按時吃藥

華崗文化診所 王國新

會員園地・漫畫醫林：醫師怎麼沒跟我強調一定要按時吃藥



公益大使

歲末送愛

暖馨伴她過好年

只要千元就能幫助**3504**個弱勢婦幼家庭溫暖過好年
您的捐款將被用於：

- ★愛馨年菜 助婦幼幸福圍爐
- ★幸福紅包 讓孩子擁抱驚喜
- ★小額定捐 資助孩子快樂成長

支持「歲末送愛」，單次捐款滿1,000元(含)以上，
或定期捐款100元持續達一年(含)以上，即贈送
【氧顏森活胜肽雙效生物纖維系列面膜乙盒】
(種類隨機出貨)



氧顏森活
Forest Beauty

手機捐款可掃描QR Code



勵馨官網捐款



使用LINE Pay捐款

捐款專線：02-89115561

23143 新北市新店區順安街2-1號

Tel:(02)89118595 Fax:(02)89115695

勵馨官網 www.goh.org.tw 勵馨基金會

不斷「搬家」的中央車站 (上)

衛生福利部臺北醫院 廖俊智

前言：「家」的兩種意義

顧名思義，交通運輸就是利用某種方式載「運」人與貨物，從某一個站點「通」往另一個站點，鐵道運輸自然也不例外，在軌道上跑車輛終究要到達車站才能完成運輸的工作。用擬人化的方式來看，車站就好像是鐵道車輛（火車）的家，在忙碌工作之後，每個人都要回家休息、並與家人團聚（乘客及貨物轉運）。隨著家庭成員（車輛）的增加與個人的成長（車輛編組加長），需要的空間大小與家具（維修整備設施）種類也會改變。人（車）數多到某個程度以後，更是必須「分家」到另一個地方建立新的據點。

在美國西部這種地廣人稀的區域，新的鐵道車站與連接它們的路線經常是以「橫空出世」的方式建立在另外一個地點（圖一）；在歐洲及日本，因為人口密度比較高，新一代的車站多半只能利用原址進行改建及翻新（圖二）。比較東京與臺北的城市發展與中央車站的變遷歷程，可以發現前者從十九世紀末開始，秉持著「鐵道萬能」的理念，將皇宮正東邊一塊完整的黃金地段（圖三）保留給中央車站使用，一百多年來未曾改變；相對來說，後者的命運就顯得相當坎坷，不但車站經常遷址，現在營運中的各條路線（臺鐵、

北捷、高鐵、桃捷）更是互不相容、無法接軌，本來完整的臺北車站特定區遭到多方「割據」、各家業者的使用面積卻明顯與運量不成比例，理應成為交通樞紐的臺北車站特定區竟然出現了「野蠻發展」的模樣，相當值得國人省思。

即使土地已經用盡，日本政府及民間企業為了全國及首都圈的交通發展，還是用盡各種方法，從地面、高架到地下努力把更多的鐵道路線與月臺塞進國有的「東京車站特定區」。其中最特別的方式大概是1995年到1997年依序挪移在來線（原有窄軌鐵道）月臺與軌道，以提供第5月臺給新幹線（標準軌高速鐵道）使用的一段歷史。月臺的日文名稱爲「プラット



圖一 美國洛杉磯聯合車站(Union Station)，1939年落成啟用、號稱是「美國最後建造的聯合車站」。本站是用來取代另外兩座分別於1893年與1914年啟用的拉格蘭奇車站(La Grande Station)和中央車站(Central Station)的客運功能，三者位置不同；拉格蘭奇車站與聯合車站距離不到500公尺，但是中間被高速公路隔開，中央車站的站房與軌道則被完全拆除。



圖二 捷克布拉格火車總站(Praha hlavní nádraží)，1871年落成啟用。雖然位於「新城(New Town)」區域、1845年啟用的馬薩里克車站(Praha Masarykovo nádraží)才是布拉格最古老的車站，但是兩者都在市中心與眾多列名世界遺產的老建築（背景處）共存，一直到現在還是原地改建與翻新。照片中可見兩個覆蓋月臺及軌道的巨大棚架(train shed)，這種設計在歐洲的車站比較常見，只有照到一部分的站房位則於最左邊，本站採用「通過式」的設計，站房的位置在南北走向的軌道與月臺西側而非位於端點。

ホーム」，是從英文“platform”翻譯而來，又因為日文沒有[f]這個子音的關係、使得簡稱變成（ホーム），剛好和「家(home)」發音相同。本文將從地點的改變（搬家）到月臺的遷移（搬「家」），回顧東京與臺北中央車站的發展史。

日本篇：即使正對皇宮，還是可以原地不斷增建的東京車站

百年前的遠見

從明治維新開始，日本的鐵道在十九世紀末也經歷了一段百家爭鳴、野蠻發展的時期。

早在1888年公佈的「東京市區改正條例」中，就已經有連接皇宮東南「官設鐵道（東海道線、又稱東海道本線）新橋站」與北邊「日本鐵道上野站」的高架鐵道敷設計畫，也有「中央停車場（車站）」的興建構想。當時歐洲各國的中央車站都位於路線端點，車輛調度十分不方便。日本人以德國柏林為學習對象，決定興建通過式配置（兩端都有軌道連接）的東京中央車站並連接一條長途縱貫線（東北本線－東海道本線）與一條市區環狀線（山手線）。1893年，民營的日本鐵道（1906被國有化成為國有鐵道、簡稱「國鐵」的一部分，包括東北

本線等路線）也提出了興建這段鐵道的申請，但是當時政府就已經決定該路段為國有而駁回申請，1896年相關預算在「帝國議會」獲得通過，1900年政府開始建設市區「濱松町站－東京站」區間的高架路段（圖三紅色粗線）。當年銀座（粉紅色區域）已經是繁華的商業區，路線規劃時刻意採用曲線繞過該地，避開高價徵收的困擾。位在「丸之內」地區的中央停車場預定地（左側灰色區域）原稱「永樂町」、為上級武士的住宅，明治維新後改為軍營與練兵場，1902年開始興建車站的高架軌道與月臺。

在原本歐洲工程師的站區規劃中，位於軌道西側的站房採取日本式的設計、分散成五棟而且規模比較小，月臺有三座、利用位於下方的三條通道連絡，東側區域鄰接外堀水道（圖三藍色長粗線）的軌道提供貨運使用，為了方便水運、高度比客運月臺低了3公尺。1903年國內首屈一指的建築師辰野金吾接手後，依照鐵道院首任總裁後藤新平的指示，改為歐洲式的設計。辰野參考荷蘭阿姆斯特丹中央車站，設計出有南北兩座圓頂、地上三層、地下一層，長達334.5公尺的氣派建築（圖六），但是預算也爆增七倍以上。月臺部分、則增加為四座，靠近站房的兩座長149.1公尺（約7節20公尺車廂），提供短距離行駛的電車停靠；另兩座長234.8公尺的月臺（約12節車廂）則提供長距離列車使用，當時的城際鐵道還沒有電氣化，必須由蒸氣機關車牽引沒有動力的客車，所以要在車站興建轉車臺、添煤加水等相

關設備。這棟宏偉的建築由當時新興的營造商－大林組承建，1908年開工、1914年12月完工。「東京站」這個名字一直到開幕當月才被確定，用來和國內其他城市的「中央車站」作區別。在混亂的開幕儀式之後，12月20日車站正式啟用，所有旅客必須從南邊的入口進站乘車，下車時只能利用北邊的出口出站，中央的出入口則為皇室專用（和許多廟宇相同），這種動線分離的措施一直到1948年才被廢除。

與日本鐵道相同，民營的「甲武鐵道」在1906被國有化，原先在東京都心以西建設與營運的路線改稱國鐵「中央本線」，1919年開通到東京站（圖三紅色虛線、圖四的「2」號黑線），行駛的電車主要停靠東京附近的車站、並直通尚未環狀運轉的山手線。東北本線神田站與上野站之間的路線一直要到1925年才完工，構築成一個總長34.5公里、獨立運作的環狀路線（圖四粗黑線）。1929年跨越外堀的八重洲出口（圖三「東京站」最上方區域）完成，提供了通往銀座鬧區的捷徑，原有站房改稱「丸之內站房」以資區別。1930年代，東京站的第1、第2、第3及第4月臺分別提供中央（本）線、京濱線（東「京」－橫「濱」區間的短距離列車、為東海道線的一部份）／山手線、東海道／橫須賀線（神奈川縣鎌倉市大船站通往重要軍港－橫須賀的支線）與東海道線使用，第1、第2月臺之間還有一組提供列車留置的軌道。隨著東京附近地區鐵道路線逐漸進行電氣化，進入車站的蒸氣機關車越來越少，而且電氣機關車與電聯車兩頭都有駕駛室，



圖三 連接濱松町站與東京站的高架橋（紅色粗線）平面圖，北方大約在八點鐘方向，東南邊（圖右上）鄰接東京灣，當時東京站以北的軌道（紅色虛線）與八重洲出入口都還沒有興建。高架鐵道1909年通到烏森站使用臨時站房營業，1910年通到有樂町站、1914年通到東京站使用丸之內站房，烏森站正式站房也落成啟用並改稱（第二代）新橋站。1872年通車到橫濱的日本第一條鐵道起點，兼辦客貨運的新橋站則改稱汐留站、只剩貨運的功能。宮城位於東京站以西，旁邊有護城河（藍色粗線）。

只要人員移動到客車另一頭就可以轉換方向行駛、不需要利用轉車臺進行180度旋轉，導致留置與整備設施的需求下降，1935年擬定的「東京站改良計畫」預計將位於東側的車輛基地（圖三東京站月臺左上與右上的紅色多邊形區域）遷移到南邊的「品川站」，以騰出空間增設三座月臺與更多的軌道，品川原來的貨車調車場則更往郊外移動，挪到神奈川縣橫濱市的「鶴見區」。

受到二次大戰的影響，這個計畫只進行了一部分，戰時旅客的長途移動也被管制、運量減少。1945年美軍的轟炸與隨後的火災，更是摧毀了東京丸之內站房兩座圓頂、部分站房與月臺。戰後因為物資缺乏，急就章的修復工程把三層樓的站房縮成兩層，屋頂的材料使用飛機機體外層的金屬蒙皮、「希望能撐個四、五年，最多十年」，外觀則從圓頂改建成八角

形。此外，遭受轟炸的建築物瓦礫四散，為了丟棄這些瓦礫，外堀水道（圖三）竟然就被填平了，也意外增加了車站發展的空間。另一方面，東側出口經過十多年的發展，在戰爭中受損較輕；八重洲站房在1948年底完成，希望能分擔西側丸之內站房的機能，不幸的是這座站房半年後又在火災中燒毀了。新大樓（又稱「鐵道會館」，之後拆除成為“GranTokyo”雙塔的建設基地）在1954年「暫時」竣工、以6層樓的高度啟用，這座離市區較近的大樓式站房成功達成了「軸線翻轉」的目的，讓大部分民眾利用八重洲（東）側出入，完整的12層樓建築一直到1968年才完工。在路線增設方面，1949年沿用戰前的計畫將京濱線電車運行區間向北延長，改稱「京濱東北線」、並將它與山手線進行配對營運。1956年完工後，第2月臺東側的4號線（第4號軌道、以下類推）與

第3月臺西側的5號線分別提供環狀的山手線逆時針（向北）與順時針（向南）行駛，兩座月臺外側的3號線與6號線則分別提供京濱東北線（「縱貫線」）北行與南行，這種「方向別複複線」的配置方式對乘客來說比較方便，可以利用同一座月臺進行不同路線的轉乘，因此一直保留到現在（圖五）。同(1956)年，東海道本線全線完成電氣化，東京站不再需要轉車臺與加煤加水的設備，可以騰出空間用來建設新路線。

五分之二的「新戰場」

除了原有的在來線鐵道之外，戰後各種新穎的軌道運輸也蓬勃發展。1954年地下鐵丸之內線「池袋站－御茶之水站」區間通車、1956年通到東京站，地下鐵東京站位在丸之內站房前面的道路「都道402號」下方（圖三「東京站」字樣下方鄰接的白線），採用明挖覆蓋法施工。本線在1957年與1958年分別通車到銀座站與霞關站（圖四紅色虛線），有關「銀座線」與「丸之內線」的故事，可以參考本系列「團團轉：多線捷運轉乘車站組的秘密」一文（刊登於第62卷第9期）。1964年東京首次舉辦奧運會，同年世界首創的高速鐵道「東海道新幹線」通車，以「0系」電聯車行駛「東京站－新大阪站」區間，在東京站使用最靠近八重洲站房的新建第8、第9月臺，其中第8月臺西側的16號線原來是提供在來線列車回送與機車頭調頭使用，之後改建為標準軌軌距、1967年啟用。另一方面，在來線東京站的上下車乘客數也從1935年的每日12萬8000人逐漸增加到

1955年的49萬8000人，尖峰時間中央線使用的第1月臺寬度不夠、導致乘客滯留車廂內無法下車，因此在1961年拆除原有2號線成為月臺加寬的空間，並將無編號的「中線（沒有鄰接月臺的『回送線』）」改為2號線，即使如此，這類小型工程還是完全無法應付龐大的通勤人潮。

為了增強通勤鐵道的輸送力，國鐵在1964年擬定「第3次長期計畫」時提出了許多對策，統稱「通勤五方面作戰」，預計在1965到1971年執行。如圖四所示，包括東海道（本）線、中央（本）線、東北（本）線、常磐線與總武（本）線的五條路線（黑線）都在郊區增建兩組軌道（紅線）成為複複線，但是在空間彌足珍貴的市中心區，就要「八仙過海、各顯神通」了。中央線與常磐線靠的是新增的地下鐵路線（圖四水藍線、綠線），東北線則是在瓶頸路段「赤羽站－（埼玉縣）大宮站」增加兩組軌道，成為三複線（同時通行六列火車）的規模，再從調車場附近的軌道抵達上野站。五條路線中、能夠利用新建地下隧道（橘線）進入東京站的只有東海道線與總武線。這個「五分之二的戰場」由三個部分組成，分別是總武線地下隧道（又稱「總武隧道」）、丸之內站前廣場地下的總武線車站以及東海道線地下隧道（又稱「東京隧道」）。在位置方面，東京隧道走在東海道線附近，相對來說比較單純；新建的總武線隧道就麻煩多了，不但途中會穿越四條地下鐵路線，還有快速公路以及其他新建的軌道工程。搞到最後，這個國鐵首次



71

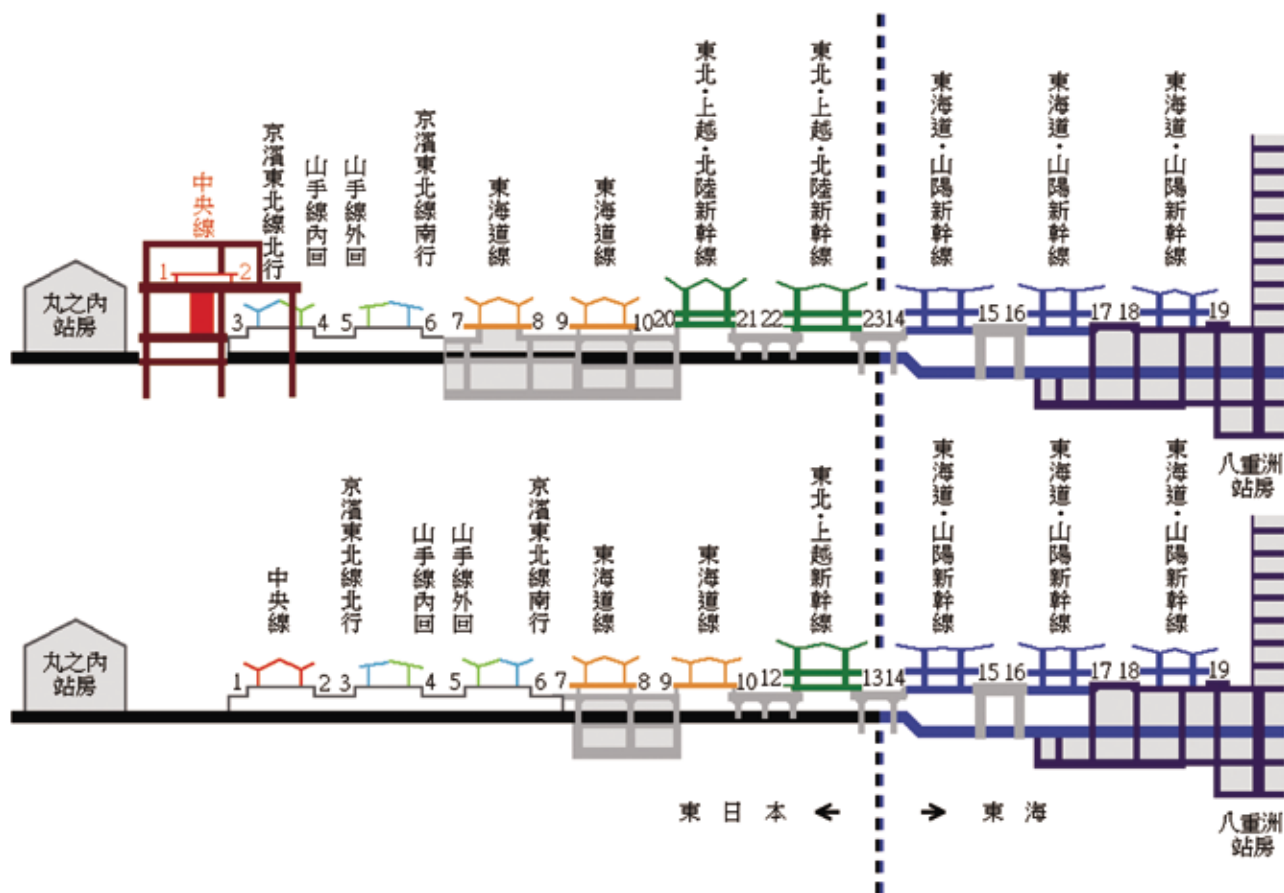
嘗試的地下隧道竟然深達地下33公尺，這也是國鐵首次穿越道路下方的工程、採用潛盾工法施工。

除了與其他交通建設的交會之外，這個困難的工程還會遇到不計其數的自來水、下水道、瓦斯與電話線路，更不用提施工地點就是繁華的市中心區，交通維持相當困難，地質也不好，必須施做冷凍、灌注等特殊工法來維持地盤穩定，還好東京的家戶用電沒有地下化，少了一個地下電纜的問題。1967年，在「江戶通，總武地下隧道開工，不得異議！」一聲令下之後，各單位就分頭開始進行自己的工作。因為隧道穿越隅田川的河道下方，雖然軌道有經過東岸的「兩國站」地下，但是在該處並未設站、而是把車站設在更東邊的「錦糸町站」。五年後的1972年，兩國站－東京站之間的地下隧道（圖四橘線上半）完工，錦糸町站到千葉縣津田沼站也完成複複線，使得總武線不但可以行駛連接中央線的站站停慢速列車（中央、總武緩行線，連接圖四的「2」和「5」的黑線），還可以行駛不停靠部分車站的快速列車（連接「1」和「5」的橫須賀、總武快速線）。更重要的是，因為緩行與快速兩個系統各自使用獨立的軌道、兩者不會互相干擾，讓這種「緩急分離」的運作模式在列車容易誤點的通勤路線具有相當大的優勢。

隔(1973)年東海道線東京站－品川站之間的東京隧道（圖四橘線下半）完工，1976年開始總武快速線可以經由地下隧道直達品川站。另一方面，從神奈川縣東北邊的「鶴見站」到

西南邊的「大船站」要另設貨物線，將原來的貨運鐵道路線（「1」左方的紅線）挪給客運使用。神奈川縣政府所在地的橫濱市附近雖然不及東京都繁華，但是也沒有多餘的土地。經過檢討之後，縣政府決定在橫濱市區西北的丘陵地興建新的貨運專用鐵道路線，利用兩段長隧道連接東海道線，分別是東北邊的「生麥站」與西南邊的「東戶塚站」，並在中間新設「橫濱羽澤貨運站」。未受其利、反蒙其害的當地居民當然開始抗爭，工程拖到1980年才完工，橫須賀、總武快速線列車與東海道線列車得以正式分離運作。

進入二十世紀後半，環保意識開始抬頭。從明治維新之後開始的東京地層下陷，在1950年代達到最嚴重，東京都東半部的低窪地區每年都要下沉個幾公分，1968年還曾經在江東區測到一年24公分的最大下沉量紀錄。1964年規劃總武地下隧道時，地下水位為海平面下40公尺、比地下車站底部還低了10公尺，設計當時也沒有考慮地下水的影響。在1972年政府採取限制地下水抽取的措施之後，隔(1973)年水位開始回升。又過了二十幾年，地下水位上升了20公尺，在沒有地上建築物平衡巨大上浮力的情況下，造成長700公尺、寬45公尺的總武線地下站體有受損的風險、特別是中央的部分。為了固定站體，車站下方160公尺長的區域加裝了70支長18公尺的鋼製岩栓、2010年完工。此外，上升的水位使得每天有數千噸的清水流入地下隧道，必須放流到其他地方以免影響鐵道的運作，經過JR（由國鐵改組）與東京都政



圖五 1995年到1997年之間，JR東日本為了幫自家新幹線爭取一座月臺與兩組軌道所進行的工程，本斷面圖的下半為原有配置，上半為完工後的配置。將中央線的設施高架化成為「第01月臺」之後，再依序移動在來線的軌道與月臺。雖然經過這樣的「乾坤大挪移」導致月臺與各條路線的相對位置改變，但是第1條到第10條的軌道編號也跟著移動，希望減少對乘客的不便。另一方面，位於東側（圖中虛線右邊）的JR東海則是寸土不讓，維持原來的規模。第5月臺下方的構造物是通往京葉線的通道，八重洲方面的原有站房已在2007年拆除改建。

府會商之後，決定由前者建立一條12公里長的導水管，將這些水引流到南邊原本水源不足的河流－立會川來改善水質，東京都則不收這些水的處理費，可說是一個兩全其美的方案。然而在豪雨來臨時如果抽水機故障，地下隧道還是會淹水。

塞進更多路線 保留古蹟車站

東海道新幹線開業後，九座月臺佔據了丸之內與八重洲站房之間所有的土地，再也擠不出任何空間興建平面軌道，前一段所提到的「總武－東京隧道」就已經是利用地下空間來興建新的路線，同樣位於地下的總武線東京車

站深度大約25公尺。1980年代興建京葉線東京車站時，還是沒有地面軌道建設的空間，剛好當時「成田新幹線」的計畫遭受阻礙，導致位於地面站區以南350公尺的東京站預定地轉給京葉線使用。因為工程耗時、成本極高、改建又很困難，地下軌道與車站的規劃的考慮因素通常比地面或高架的方案更複雜。為了避開橫須賀線隧道並保留向西延伸的可能性，京葉線東京地下車站比橫須賀線還要深約5公尺，也有電動步道聯絡原有站區下方，即使有這些轉

乘措施，1990年啟用後，本區還是常常被旅客稱為「最不方便的東京車站」。

東北、上越新幹線經過重重障礙後（詳見前文，刊登於第63卷第5期），終於在1991年通車到東京車站，使用第6月臺（圖五下半深綠色部分）。因為擁有東海道新幹線的JR東海堅持不讓出月臺（虛線右邊藍色區域），JR東日本（虛線左邊）無計可施、只好「向上發展」，將最靠近丸之內站房的中央線始發站月臺高架化編為「第01月臺」，再順次挪用在來線「第



圖六 復原後的東京站丸之內站房外觀與東京市中心大樓群的夜景（施哲仁醫師拍攝）。八重洲（東）側的四棟超高層大樓由左而右分別為Marunouchi Trust City、GranTokyo北棟、南棟與Pacific Century Place丸之內。

1」到「第4」月臺連接的鐵道路線，以空出第5月臺提供1997年通車的北陸新幹線使用，最後JR東日本所有新幹線共用第5與第6月臺（上半深綠色部分）。雖然第01月臺是以高架化方式興建，但是它的總高度並未超越丸之內站房，不會影響原有的天際線（圖六）。這項工程不是只有表面上「搬來搬去」那麼單純，除了月臺與軌道之間「砍掉重接」期間無法營運之外，整個挪移的過程中隨時都有一座月臺必須維持在封閉施工的狀態，只好減少在來線班次來因應。在嚐到了「疊疊樂」的好處之後，JR東日本再接再厲，既然東海道線只剩下兩座月臺四組軌道，而且向北的軌道區域已經被新幹線占用，乾脆在這段新幹線軌道上面再加一層，在東京站以北的神田站附近興建雙層高架橋，打通上野站與東京站的瓶頸。這條「上野

—東京線」2008年開工、2015年營業（圖四棕線），進一步增加東京站的在來線運能。

在軌道與月臺工程大功告成之後，整個站區的開發再次成為焦點。在二次大戰中受損之後，國鐵曾經多次提出丸之內站房改建計畫，在1987年分割民營化成為JR之前，面臨嚴重財務危機、有如乞丐坐在金山銀山上的國鐵更是積極。另一方面，相對於擁有許多歷史建築物作為都市象徵的歐洲，日本缺乏具有紀念性質的大型西方式造型歷史建築，經過多方長期討論的結果，文部科學省（大概等於臺灣的文化部加上教育部）審議會終於在2003年將位於市中心的丸之內站房指定為「重要文化財」，配合附近地區的都市更新，2002年9月「前後站」利用人數再度逆轉，丸之內重新成為主要出入口。從開發的觀點看來，這麼多土地無法



圖七 復原後的東京站丸之內站房北側圓頂內部。

「撐起」圓頂的是八隻勇猛的鷲（大型鷹科鳥類），每座塑像寬約2.1公尺，下方的雕塑則有十二生肖中的八個（扣掉鼠、兔、馬、雞），照片中只照到牛、虎、羊和猴。

開發當然是一大損失，因此在擬定修復計畫的同時，也一併移轉這些容積，讓站區得以興建多棟超高層大樓（圖六）並從中籌措古蹟復原的工程經費。不具備古蹟身分、長132公尺、寬25公尺（南側）到45公尺（北側）的八重洲大樓與周邊的區域自然成為下一階段都市更新的重點區域，兩端新建了兩棟200公尺高、43樓（北棟）與42樓（南棟）的大樓、稱為“GranTokyo”，2007年完工。原先位於八重洲大樓內營業的大丸百貨移到北棟大樓之後，本大樓被拆除、並改建為地上四層、地下三層的建築，稱為“GranRoof”，2013年完成。根據專家的計算，這項工程可以改善東京市中心東西向的空氣流動，減低熱島效應、讓氣溫降低1到2度。

被指定為重要文化財之後，丸之內站房的修復工程在2007年開工。相對於具有「保留部分原狀的修理」的「復元」字眼，JR東日本特別強調要採用「恢復原狀」的保存「復原」工程，並收集了建築物的相關歷史資料提供參考，其中最受矚目的工程就是兩側圓頂的重建，將戰後倉促完成、沒有裝飾的醜陋「排骨狀」內裝重建，回復原來的華麗裝飾（圖七）；在保存兩層樓站體的情況下，用「不著痕跡」的方式將三樓與屋頂加回去也是另外一個特色（圖六）。除了建築物的外觀，在地震頻繁的日本、還要講究耐震性，因此訂出了「一百年後還可以安心使用」的目標。在地面上的工程開始之前，首先進行的是重新建設基樁並擴建地下站體的工程，逐步將百年歷史的

松木基樁移除，以鋼骨鋼筋混凝土的新基樁取代，工程進行時不但工作空間十分侷促，還要監測建築物的相對位置、避免移位破壞古蹟，更不用提車站還是每天人來人往、營運不能遭受干擾。基樁工程完成之後，開始逆打工法興建地下一樓與地下二樓，施工方式類似臺北捷運的地下站體，不同點在於上面有百年古蹟不能損傷。這個擴建的地下站體與總武本線地下站體相連接，完成後還要在地上與地下結構之間裝上減震器才算大功告成。丸之內站房工程於2012年完工，以嶄新的面貌迎接2014年12月20日的開業100周年紀念日，包含站前廣場的整個工程在2017年完工，並於隔（2018）年獲得日本政府主辦的“Good Design”金獎，用優質的空間設計與方便的運輸機能迎接來自國內外的旅客與遊客，還有即將到來的2020年東京奧運。（未完待續）

參考資料

1. 中文維基百科相關條目 <http://zh.wikipedia.org>
2. 日文維基百科相關條目 <http://ja.wikipedia.org>
3. 高松良晴：東京的鐵道網從這裡開始（日文）。日本，交通新聞社。
4. 草町義和：鐵道計畫是會改變的：路線變轉的歷史。（日文）日本，交通新聞社。
5. 東京史樂（日文）<http://tokyosigaku.jugem.jp>
6. 東京車站城官網 <http://www.tokystationcity.com> 

重複用藥費用管理(下) ——又是陷阱嗎？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

為嚴密守護民眾用藥安全，健保署實施之「門診特定藥品重複用藥管理方案①」將由現行之12大類擴大至60大類，範圍約涵蓋七成健保門診藥費。健保署並已開發主動提示系統，可供醫師門診時即時提醒病人家中餘藥情況；此外也建置了**健康存摺APP**，鼓勵民眾可自行下載APP，以了解自身或家人近三年醫療用藥情形②。經統計，107年第3季重複用藥金額已較第1季下降19%，然仍有約12萬人的長天期處方有重複用藥的情況，其中六成五是60歲以上老年人，70歲以上則近4成，且平均每人一季約多領近40天的藥品，值得多予以關心。另以重複用藥類別分析，降血壓類(15%)、安眠鎮靜類(10%)及抗血栓類(8%)藥品重複人數最多。為加強管理，從明(108)年1月起，健保署將原重複用藥管理範圍之12類藥品擴大為60類，針對開藥14天以上之慢性病用藥列入管理範圍③，短天期之急性用藥不受影響。另醫師如遇臨床上特殊情形，如病人持機票出國、離島地區居民、因病人病情變化調整用藥、系統連線異常或其他病人因素等，醫療院所可於開藥後申報虛擬醫令代碼(R001~006)，病人無需自費④。健保署表示，為保障所有用藥病人安全，避免重複服用過多藥品危害病人健康，該署將持續與醫師藥師一起為病人用藥把關，大家共同守護用藥安全。（「60類藥品重複用藥管理方案自108年元月上路，用藥安全大家一起來把關」焦點新聞，中央健康保險署，民國107年12月29日。）

「也不是不可能？可以洩漏健保病人資料

的管道很多，到底是不是詐騙？通常健保署會說，他們不會用電話通知繳費…」醫師說。

「原來健保不是單純、還很複雜！」病人回應。

「不然還有一種方式，就是透過健保署網站申請，即可下載與自身健康相關資訊，他們稱之為『健康存摺』…」醫師將藥品查詢責任推回給健保署及病人。

「健康存摺是什麼？有用嗎？」病人似乎一頭霧水。

「健保署表示，每個人可能有好幾本銀行存摺，而且對於自己有多少帳戶一清二楚，進出帳戶的金額也都一目瞭然，但對於健康情況，例如一整年到底看了幾次病、看了哪些科別、曾經吃過哪些藥、哪些檢查等資訊，卻經常無法掌握。」醫師引用健保署的比喻。

「所以在○○醫院X光報告，還有抽血、驗痰結果，我自己也看得到，不必再回醫院掛號的意思嗎？」病人提到不必再掛號時，語氣帶有疑惑。

「健保署聲稱，西、中、牙醫門診及手術、用藥資料係提供自登入日前2日起近三年特約醫院、診所及藥局等醫事機構申報及健保卡上傳之就醫資料，並於每日更新健保卡上傳資料之內容。」醫師根據健保署網站資訊轉述。

「所以，健康存摺都會有？」

「必須○○醫院已經上傳你要的那些就

醫資料，而且健保署已經更新資料，缺一不可！」醫師很堅定地回答。

「健保藥局推薦我買的藥，在健康存摺中也有記錄嗎？」

「是藥品還是保健食品？」

「ㄟ…藥品還是保健食品？我不知道，藥師講有很好的治療效果…」

「通常聲稱有療效者是藥品…但是只要是自己出錢買、不是健保給付的，都不會出現健康存摺中！」醫師仍是很堅定地回答。

「那這個健康存摺對我的用處不大，我在藥局買藥的錢比在醫院、診所繳的錢，高很多、很多…」病人對健康存摺不了解，對出的錢倒是非常清楚。

「即便是門診檢查及手術結果也未必了解，只知道有做、沒做而已！」

「是喔！看得懂我就是醫師了，所以還是回醫院掛號聽醫師解釋檢查結果。」

「你這類咳嗽最有可能是過敏咳，只要能夠將痰咳出來就好了，早上第一口痰帶有血絲，可能是喉嚨太乾的緣故，可以嘗試起床後先喝一大杯水，再觀察結果；如果帶有血絲的痰不見了，暫時不需要多擔心。」醫師拉回話題解釋病人最擔心的症狀。

「需要吃藥嗎？」

「需要！尤其是化痰藥及支氣管擴張劑，讓痰咳出來就好了，沒有一種藥服用後會讓痰消失，都是靠咳嗽咳出來，就好了！等醫院檢

查結果報告出來，再由醫院醫師幫忙調整治療方針。」醫師進一步解釋。

「需要吃抗生素嗎？」

「需要！這類咳嗽本來是不需要服用抗生素，但是你咳得有點久，所以需要預防性抗生素，也是等檢查結果報告出來後再調整。」醫師一聽病人講抗生素，而不是講消炎ㄟ，要不有點常識、要不有充足準備，所以回答十分謹慎。

「不是有一定療程…」病人露出疑惑表情，接著說：「有診所醫師要我吃完二星期的療程。」

「喔！你當時的情況我並不了解，就你現在的症狀就是預防性抗生素即可，等檢查結果報告出來，再由醫院醫師來調整。」醫師碰到這種病人都要格外小心應對，稍不留意可能會傷到同儕，接著說：「麻煩你到那裡吹一下蒸氣，讓痰比較容易咳出來，吹蒸氣後就可以拿藥回家飯後服用。」

「還有什麼要注意的嗎？」

「有啊！最重要的最後講，就是不要吃冰的、甜的東西。」

「好的！謝謝！」病人道謝後走出診間。

「這病人不好應付嗎？醫師您花了不少時間解釋。」藥師依據處方箋調劑並囑咐服用劑量及方法後，對醫師說。

「的確不好應付！反正就是初診病人，多花一點時間解釋也是應該。」

「聽說無論花多少時間診察，診察費用的支付都一樣？」

「是啊！不像妳的藥事服務費，超過21日的就不一樣。」醫師對藥師說。

「就算不一樣，也沒多多少，不然我們也不會有這麼多受雇藥師；要是支付合理例如比照日本，大家都會爭先恐後去開健保藥局。」

「也是，費用只有日本的十五到二十分之一，難怪大多選擇受雇，因為醫師必須割捨診察費去補藥事服務費。」醫師很感慨地回應。

「不是診察費補藥事服務費，是藥價差補藥事服務費。」藥師很快表達意見。

「現在哪有多少藥價差，都已經殺價到見骨。然後，再來個什麼重複用藥管理方案，要開藥醫師整合病人在不同醫事機構、不同醫師所開的藥，美其名是用藥安全，骨子裡卻是對簽約的醫事機構白吃白喝…」

「是喔！你們醫師不是常講這是白ㄅㄞ嗎？」藥師聽多醫師的抱怨，接著問：「尤其是您，從不看健保醫療資訊雲端查詢系統，就不怕被白ㄅㄞ嗎？」

「目前不怕，雖然今年重複用藥管理方案已經進化到針對給藥日份7日以上之『全藥類』藥品；但是我們診所多屬急性病、少有慢性病人，即便如過敏性鼻炎、眩暈及耳鳴的病人，我都交代他們有症狀再服藥，藥吃得少身體才是健康！」

「沒錯！所以我也跟著您的說法跟病人說

明服藥方式。」其實藥師本對如此服藥方式感到困擾，不過久而久之，倒覺得這樣服藥才有理。

「我們有因為這個管理方案而被健保署核扣費用嗎？」醫師問。

「到目前，沒有！」

「除了本診所大多屬於非超過7日的藥品處方箋外，本方案尚須符合『當季重複用藥藥費1,000元以上者』，對我們診所而言，門檻算高。」醫師用方案中的核扣規則，對藥師簡單說明。

「這種重複用藥的管理，真的可以達到用藥安全的目的嗎？」

「本方案在用藥與管理間，還有『費用』二字，妳可以想想這與安全有啥關係？」其實醫師是蠻在意用藥問題，因為他從小接觸藥品。

「所以方案全名是什麼？」

「門診特定藥品重複用藥…費用…管理方案。」醫師慢慢地、清楚地講出「費用」二字，接著說：「健保費用管理歸健保署管理，用藥安全歸食藥署管理。」

「這就是您常講，健保署越權侵犯其他官署職權的意思嗎？」

「是啊！最常見的是衛生局，現在這個方案如果不談…用藥安全管理…不算是。況且，越權侵犯的反面意思是主管機關放棄職權、怠忽職守，更嚴重！」

「原來健保署只負責健保費用管理，我們還以為他們神通廣大！」

「重複用藥固然可惡，但是絕非開藥醫師單方的責任！」（全文完）

問題①：「門診特定藥品重複用藥管理方案」內容為何？

解答：一、實施對象：1. 醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所。2. 保險醫事機構之當季重複用藥藥費1,000元（含）以上者，方核扣該藥費。二、實施藥品範圍：針對給藥日份14日（含）以上之六十大類藥品，藥品類別詳見問題③。三、實施時程：費用年季108年第1季起。（註：費用年季108年第4季起改為給藥日份7日（含）以上之全藥類藥品。可見，健保署不改一貫「溫水煮青蛙」的行政手段。）四、重複用藥費用核扣對象：如圖一。五、費用核扣原則：1. 重複用藥日數計算依同一病人不同處方之同成分同劑型、處方（調劑）日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方（調劑）時病人歸戶之餘藥日數（註：病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心，將所有領藥紀錄皆納入計算，包含依規定可提前領藥之案件〔出國、返回離島、出海船員、罕病病人或經保險人認定確有必要之特殊病人等〕。），

若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範（註：提前領藥規範係依《全民健康保險醫療辦法》第24條及第25條規定；另考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於10日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。），不計入重複用藥；不符合者，列入重複用藥日數計算。2. 上開重複用藥依下列公式核減：針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數計算重複用藥日數核扣重複藥費＝該醫令處方（調劑）區間重複用藥日數＊該醫令每日平均藥費。（註：《全民健康保險醫療辦法》第24條第一項：「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。」第二項：「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。」同法第25條：「保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：一、預定出國或返回離島地區。二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。三、罕見疾病病人。四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。」）

核扣對象（慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋）

案件類型 核扣對象		院所自行調劑	交付藥局調劑
		一般案件、慢連箋案件 跨(同)保險醫事服務機構 處方(調劑)重複用藥案件	一般案件、慢連箋第1次 跨(同)保險醫事服務機構 處方重複用藥案件
處方院所	藥費	V	V

圖一（資料來源：管理方案107/10/08版）



作業方式：一、按季執行，經電腦檢核後逕予核定各醫事機構前季重複用藥之核減藥費，分區業務組一併提供保險醫事服務機構前季之「○○院所用藥重複明細表」或檔案供保險醫事服務機構自我管理。二、若保險醫事服務機構對核定結果有疑義，可循一般申復與爭議審議流程作業。（參考「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」107/10/08版，中央健康保險署，108/03/04，新增R007版。）

問題②：什麼是「健康存摺」？保障何種健康？

解答：中央健康保險署已於全球資訊網建置「全民健保健康存摺」系統，民眾可即時、便利地取得個人最近一年就醫資訊，除了可利用該資料了解自身健康狀況，並進一步做好自我健康管理外，亦可提供該資料中之用藥資訊供醫師開立處方參考，縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全與效益，同時亦可了解自身一年來所自付的醫療費用，以及全民健保採互助機制幫忙支付醫療費用的情形。民眾只要持自然人憑證即可於該署全球資訊網查詢或下載個人最近一年的就醫資料，包括：門診或住院就醫院所名稱、就醫日期或住院日期、交付調劑、檢查或復健治療日期、疾病分類名稱（並非診斷）、醫療處置（手術）名稱、醫師處方之藥品、特材、檢查（驗）名稱及數量、健保支付點數及保險對象自付之部分負擔金額。（參考「健保署建置『全民健保健康存摺』系統民眾可即時取得個人最近一年就醫資訊」焦

點新聞，中央健康保險署，民國103年11月25日。）

健保署民國103年11月發布於全球資訊網建置「全民健保健康存摺」系統，旋即於同年12月31日核定公告「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」（註：查詢雲端藥歷），並自隔日起實施。其施政目的不可言喻，問題是「全民健保健康存摺」究竟保障誰的健康？往後，健保署陸續與新光人壽（健保署黃三桂署長與新光人壽蔡雄繼總經理預訂於民國104年2月3日下午2時）共同召開「擁有健康存摺，點亮樂活人生」記者會、與中國人壽簽署「合作推廣健康存摺備忘錄」（民國104年7月）、與國泰人壽及三商美邦人壽簽署「合作推廣健康存摺備忘錄」（民國104年8月），為何都是人壽公司幫忙推廣？

問題③：開藥14天以上之慢性病用藥由12類重複用藥擴大為60類。

解答：原12類如下：1.降血壓藥物（口服），2.降血脂藥物（口服），3.降血糖藥物（不分口服及注射），4.抗思覺失調藥物（口服），5.抗憂鬱症藥物（口服），6.安眠鎮靜與抗焦慮藥物（口服），7.抗血栓用藥（口服），8.前列腺肥大用藥（口服），9.抗癲癇用藥（口服），10.心臟疾病用藥（口服），11.緩瀉劑（口服），12.痛風治療用藥（口服）。

60類增加者如下：制酸劑用藥（口服）、腸胃道用藥用藥（口服）、止吐用藥（口

服)、肝膽用藥(口服)、止瀉用藥(口服)、消化酵素用藥(口服)、維生素用藥(口服)、礦物質補充用藥(口服)、血友病藥物用藥(口服)、抗貧血藥物用藥(口服)、血液製劑用藥(口服)、週邊血管擴張劑用藥(口服)、牛皮癬用藥(口服)、抗生素用藥(口服)、婦科用藥(口服)、性荷爾蒙用藥(口服)、腦下垂體及下視丘用藥(口服)、甲狀腺用藥(口服)、鈣片用藥(口服)、抗菌藥用藥(口服)、肺動脈高血壓用藥(口服)、抗病毒藥物用藥(口服)、免疫球蛋白用藥(口服)、疫苗用藥(口服)、腫瘤製劑用藥(口服)、內分泌用藥(口服)、免疫活化及抑制劑用藥(口服)、抗發炎及風濕性用藥(口服)、關節肌肉止痛用藥(口服)、肌肉鬆弛用藥(口服)、骨骼相關用藥(口服)、麻醉用藥(口服)、止痛用藥(口服)、帕金森氏症用藥(口服)、神經性用藥(口服)、抗原蟲劑用藥(口服)、鼻用製劑用藥(口服)、支氣管阻塞性用藥(口服)、咳嗽及感冒用藥(口服)、抗組織胺用藥(口服)、眼科用藥(口服)、保健用藥(口服)、營養劑用藥(口服)、血管相關用藥(口服)、HMG CoA還原酶抑制劑用藥(口服)、複方降血糖用藥(口服)、神經調節及抗失智類用藥(口服)、尿失禁及性功能障礙用藥(口服)等48類。自健保費用108年第4季起，實施藥品範圍擴大對給藥日份7日(含)以上之「全藥類藥品」。所謂「全藥類藥品」係增加：口腔疾病用藥(口服)、皮

膚病抗真菌用藥(口服)、血管保護用藥(口服)、促進合成藥物(口服)、痤瘡用藥(口服)、抗感染和抗菌用藥(口服)、皮質類固醇用藥(口服)、抗分支桿菌用藥(口服)、耳科用藥(口服)及驅蟲用藥(口服)等十類。真的是無所不含、無所不包，例如原六十類中有抗生素用藥(口服)與全藥類藥品新增的「抗感染和抗菌用藥(口服)」有何不同？又例如原六十類中的保健用藥(口服)及營養劑用藥(口服)，為何有健保給付？健保署為這個「管理方案」所挖的坑洞，比「達文西根治性前列腺切除術以未列項比照」的健保坑洞更大，而且持續加大，不知會掉進多少健保特約醫事服務機構(含醫師)？

問題④：何謂「開藥後申報虛擬醫令代碼」(R001~006)？也是一種「未列項比照」嗎？

解 答：健保署所發明的虛擬醫令代碼真的可以通行無阻？虛擬者，不符合或不一定符合事實的。意思就是真真假假、假假真真，健保署已有「達文西根治性前列腺切除術」以「未列項比照」申請支付造成「明顯違反規定」的新聞事件前科，難保再有以「虛擬醫令代碼」申請藥品支付，造成「明顯違反規定」的新聞事件發生？因為「未列項比照」亦是一種「虛擬醫令代碼」，不是嗎？

所謂虛擬醫令代碼如下：R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件【註：上開相關病人提供之切結文件，請醫事機構妥善保留備查】提前回診，且經院所查詢健保雲端

藥歷系統，確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。（發文日期：104年10月28日，健保醫字第1040080563號函）R002：因醫師請假因素，提前回診，醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查。（發文日期：104年10月28日，健保醫字第1040080563號函）R003：經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。（發文日期：104年4月1日，健保醫字第1040080435號函）R004：其他非屬R001~R003之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品或其他等病人因素，提供切結文件【註：上開相關病人提供之切結文件，請醫事機構妥善保留備查】或於病歷中詳細記載原因備查。（發文日期：104年10月28日，健保醫字第1040080563號函）R005：民眾健保卡加密或其他健保卡問題致無法查詢健保雲端資訊，並於病歷中記載原因備查。（發文日期：107年10月12日，健保醫字第1070036103號函）R006：配合分級醫療政策，病人由醫院轉診至院所後第1次就醫，並符合轉診申報規定之案件。（發文日期：107年12月4日，健保審字第1070015438號函）【註：R006所述符合轉診申報規定之案件，須符合下列任一條件：(1)申報「部分負擔代碼(D30)」且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享（註記為1）」（接受他院轉入）且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號（特約類別須為1至3）」之案件。(2)申報「部分負擔代碼(D30)」且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享（註記為1）」（接受他院轉

入）且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號（特約類別須為1至3）」且有申報醫令代碼為01038C之案件。】。

以上，健保特約醫師可以一下子記住幾種虛擬醫令代碼的意思？不僅如此，今(108)年再增加：R007：配合衛福部食品藥物管理署公告藥品回收，重新開立處方給病人，並於病歷中記載原因備查。（發文日期：108年3月6日，健保審字第1080035014號函）R008：醫師查詢雲端或API系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於（含）10天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。（發文日期：108年8月7日，健保審字第1080035941號函）所謂病歷中詳細記載及備查，難道不是陷阱嗎？這讓筆者想起十餘年前「門前藥局」風暴中，所謂的「獨資證明」！

更有甚者，如為交付調劑處方，則「全民健康保險門診交付處方箋」或「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」應呈現渠等「虛擬醫令代碼」，供特約藥局辨識（發文日期：104年10月28日健保醫字第1040080563號函）。試問，如果辨識發生爭議、異議，責任歸屬何者？為何健保署、保險對象都不必負擔任何責任？

種好田・食安心

資料及圖片提供／雙・文 林雅雯／農業兒童網

堅持零藥殘 林雅雯健康養殖石斑

從護理師變成負責業務的鞋廠管理人，現在則是養石斑的高手！林雅雯和先生程宗文花了9年時間，一步一腳印地，由什麼都不懂的門外漢成為屏東枋寮少見的青農養殖專戶。雖然面臨首次收成魚價就崩盤的艱辛，卻仍堅持揚棄高劑量投藥、健康養殖和無藥殘的觀念，讓他們養的魚，就是和別人不一樣。

原本和先生在中國負責家族事業，因為成本上升，台商利潤微薄，因此，決定轉型其他投資。當時的青斑石斑與龍膽石斑魚每斤都達300至400元的天價，但在公公好友的建議和經驗的傳授下，以及對「民以食為天」的認定，他們關閉全部工廠，2011年夫妻倆帶著小孩南下枋寮，一頭栽入養殖業。



林雅雯積極參與農民市集，向民眾推廣好吃健康的魚。

林雅雯說，自己養魚才知道，原來傳統養殖為了維持水質與防治疾病，用的藥劑十分驚人，尤其老一輩土法煉鋼，都是用「可能是怎樣」或「試試看」的想法在嘗試，不是根本的解決之道，讓她一度對吃魚感到恐慌，也更堅定她學習新知，改用益生菌減少用藥的健康養殖。尤其是交魚前一定自我把關、通過安檢，並通過產銷履歷認證，交由HACCP工廠宰殺，冷凍包裝後銷售。

然而憧憬是美好的，現實是殘酷的。經過第一年的辛苦養殖，青斑價格卻只剩每斤80元的崩盤價，甚至為了等待好的價格，多養一週才準備出售的魚，卻一夕翻吐血本無歸！林雅雯才發覺養魚成本受限天災人禍，是如此難以管控，甚至打算改行經營咖啡連鎖店，但又不甘心努力功虧一簣。終於撐過3年的週期摸索，對魚種選擇、生態管理、價格預判開始上手，並且積極架設網站，參與農民市集及展售活動，力推外銷，讓銷售步入軌道。2017年，更獲選百大青農的殊榮。



林雅雯也非常注重魚塭環境。

因為夫妻倆名字有同音的文與雯，所以網站就叫雙・文，代表他們同心打拼的意義。林雅雯說，不管是養魚還是生活，他們一家已經很適應南部較慢且悠閒的步調。目前有五甲地的他們，不想為了高報酬、高產能就高密度養魚，因為那樣壓力大，風險也高。他們反而是把魚塢休養期拉長，洗土翻土經過太陽曝曬，再灑石灰滅壞菌，然後才開始養水、選苗，寧可養出量少但健康、自己敢安心吃的魚，才賣給客人一起分享美味。🇹🇼



這條午仔魚看起來肥美又好吃！



林雅雯主要養殖龍膽、石斑、午仔魚等。



天氣好壞，可能會影響魚的產量。

美國醫師接受賄賂而受審判刑的案例

美國St. Louis大學及Glennon主教兒童醫院 朱真一

前言

在本刊討論不少醫學的「利益衝突（Conflict of Interest）」¹，最近幾期還討論最嚴重的賄賂及回扣的問題²⁻⁵，上兩期討論醫師們接受賄賂/回扣的一般問題^{4,5}。這期來繼續討論美國醫師們，接受賄賂/回扣而受審甚至被判刑的案例。台灣有類似的問題，美國的情況，值得台灣各界多瞭解及參考，想辦法改進這醫界的陋習。

拙文一再強調醫師們因職業上的權力特殊，最可能是廠商、機構及個人，提供賄賂的對象，提供者期望以賄賂來達到各自不同的目標。上兩期的討論^{4,5}，美國健康照顧/醫療界，不管提供或接受賄賂/回扣都是違法。不過那些文章中的討論，很少提及醫師們接受賄賂而被告或有刑責。

廠商及醫療機構容易受審及被判罪或被罰鉅款，這些報導中，雖然很少提接受賄賂的醫師們如何？上網去搜尋，仍可找到不少的醫師們因接受賄賂受審並被判刑。上兩期拙文的討論^{4,5}，提到接受賄賂款「量」大，接受後引起的後果嚴重，以及經常地接受賄賂者，較容易被定位為違法的證據，因此比較會被控告、受審及被判刑。

這期拙文來討論這些受審及被定刑的案例，會使人更容易瞭解問題的所在。最重要的是提醒大家，美國醫師們若接受賄賂違法，會被控告、受審甚至判罪而坐牢並罰款，一旦變罪犯(felon)後，醫師執照大概都會被吊銷，

所以醫師們要小心，不要陷入接受賄賂的陷阱。

接受賄賂而受審及被判刑的案例

先以“Physicians guilty of accepting bribe”填入Google（谷歌）的搜尋欄，會有很多的報導列出。看最前面的一些網站，知道有些醫師被控告及受審，還有些被判刑。一半以上因為接受醫院、各種醫療機構、醫療檢驗所等的賄賂，把病人導向那些機構。其中最多的案件是接受醫療檢驗所的賄賂，送病人到指定的檢驗所，所以值得先來多加討論這問題。

另外的一大項目是接受廠商、機構甚至個人的賄賂後，醫師們因此多開鴉片類的麻藥(opioid)。上幾期討論提供賄賂的廠商被判罪及罰鉅款²⁻⁵，不過那些報導文中，很少提到接受賄賂的醫師如何。下面的討論，最讓人驚訝的是，賄賂的款項及引起的麻藥處方費用的龐大。

拙文一再地提到醫師，是最常被賄賂的對象，美國有個出版刊物Ethics & Health Law News報導不少的這類消息。最近有篇“From physician to felon: A doctor warns how easy it is to be bribed”⁶，就寫一醫師，如何陷落入這種賄賂的誘惑。那位醫師的自白也很值得醫師們注意，賄賂得來可說不費工夫，而且賄賂款項大及賄賂品價值高，更說明醫師的權力大，常是賄賂的對象，每位醫師要小心。

那醫師的自白，特別強調接受賄賂後的結局不堪設想。一旦被判罪後，就會變成所稱的

罪犯(felon)，醫師執照被吊銷，不能再以醫師為業，不能行醫。她寫信給醫學院或醫院說願意去各地演講，告訴醫師或醫學生們，不要犯了她的錯誤。誠如那篇文章的題目所言，一不小心很容易就會被賄賂。

接受醫療檢驗所的賄賂而受審者最多

上述那文章的作者，談一位醫師行醫時，接受一檢驗公司每個月5,000美金的賄賂，要醫師把病人的檢驗送去那公司。那公司願意每個月給醫師5,000的賄賂，那麼這醫師每個月送病人去做的檢驗量，就一定要使那公司的盈餘比5,000元多得很多。為了達到這樣目標，醫師就很可能開出不少不需要的檢驗醫囑，醫師以自己的利益為優先，會增加不少的醫療費用外，有些還可能帶來一些副作用。

在文章中說，這位醫師一共接受155,000美元，顯然接受了最少2年半以上的賄賂。那文是記者去聽那醫師的演講後的報導，文中說那醫師強調，她不知把病人送到提供賄賂款的檢驗所是犯回扣(kickback)法律。她說以前的醫學院或其他訓練中，沒有人教過這些法律。不過她說公司把現款裝滿在信袋中給她，用這種方法給錢，只要稍想想都知道是種賄賂，顯然那醫師是以未受法律教育作為藉口，以利益為優先的託詞。

因為賄賂款多，得來又全不費功夫，所以醫師很容易落入陷阱。那文是2017年出版的，文中寫有43位醫療人員就曾因此類被檢驗所賄賂而犯下罪刑，其中29位是醫師，可見接

受這類的賄賂人還不少。再去查看上面提到，Google填入“Physicians guilty of accepting bribe”去搜尋到的網站查看一些案例，2017年4月以後仍繼續不斷，不少醫師們因這類的回扣被判罪。

2018年5月就有一文⁷，報導38位已受審者，其中26人是醫師，司法部(Department of Justice)說這些人承認接受賄賂而送病人到提供賄賂的醫療檢驗所。有位Dr. Harper醫師接受每月5,000賄賂，但沒說接受多久，他的醫囑讓檢驗所送出約2,900,000美金的賬單。另一位Dr. Calabrese承認接受130,000美金賄賂款，使那檢驗所多出約600,000美金的檢驗費。可見這類賄賂很容易使醫師們墮落。不但接受賄賂的醫師以後很淒慘，順便一提，這文提到的檢驗所，就因為提供賄賂被定罪及開罰鉅款，最後只好關門。

接受醫院或醫療機構的賄賂

接受醫院或各種醫療機構的賄賂，因此把病人送往這些醫療機構的案件也不少。在拙文在這系列中，有篇〈另一嚴重的利益衝突：醫院給回扣〉也提到類似的問題³。該文還特別說，醫院高薪聘請醫師們，醫師在這醫院檢驗及治療病人，對醫院有大利益，衛生管理機構認為醫院賄賂醫師們的嫌疑，有的醫院被罰款，但是在網路上的報導，完全沒提醫師們如何，他們有沒有法律問題？有沒有被控告及受審？

為何有不少的醫師們，類似地接受賄賂而

受審而甚至被判刑？醫院給高薪有利益衝突的問題，雖說可能有回扣的嫌疑，但是拿高薪有很多原因，不容易證明高薪就是回扣。醫師們若因為拿了賄賂現款或其他賄賂品，而因此把病人轉去提供賄賂的醫院或各種醫療機構，那就是接受賄賂拿回扣的證據，可能犯法了。

今(2019)年5月北加州的報導⁸，當地跟一大醫療系統Amity Home Health Care有關的30位行政人員，及醫療人員包括不少(dozens)當地的開業醫師，被檢察官提告，因為這醫療系統，提供美金8百萬價值的賄賂款或其他禮物，給醫師及其他醫療人員，要他/她們把病人轉送到這醫療機構。

更讓人注意的，這報導說不止是現金，連職業籃球比賽的入場票、到賭城Las Vegas的旅遊費用，Louis Vuitton的皮包等都算是賄賂品。提供8百萬價值的賄賂，使這醫療機構向美國國家的老年健保(Medicare)，拿了115百萬（一億一千五百萬）美元的醫療費用。檢察官有為數不少的證據來證實，醫師、護士、社工等醫療人員如何接受犯法的賄賂。記者招待會上，檢察官還說這些醫療人員好像把病人當「貨品(commodities)」一樣地買賣。

廠商賄賂醫師開鴉片類麻藥

在這系列前幾期一再寫過²⁻⁵，廠商給醫師們賄賂，要醫師們多寫類鴉片麻藥(opioid)的問題，那文主要討論廠商如何賄賂，較少討論接受賄賂醫師們。若接受賄賂而開麻藥會有嚴重的後果，醫師們就較容易被檢舉、被調查或

被病人控訴。廠商的賄賂罪經陪審圖定罪，有些醫師也因接受賄賂而被判罪，被判罪者因為實際上接受賄賂，接受廠商假藉名堂，提供沒去演講的演講費的現金賄賂款。

若廠商提供的利益，如以前常講的餐費旅遊費，甚至到脫衣舞俱樂部或去夜總會接受招待等，醫師若不經常接受這類的利益，不易證明這跟多開麻藥處方有因果關係。廠商提供利益會被提告或受審，醫師們接受利益到如何程度才會被告賄賂？

上一期本刊就提到其中一案例來說明^{5,9}，一位Dr. Kenneth Sun自己向廠商要求(solicited)並接受了藥廠送的140,000美元賄賂，他經常地要求賄賂，他開了很多醫學上根本不需要的麻藥處方給病人，美國政府的老人健保(Medicare)還支付高達847,000美金的麻藥費用，顯然這類的賄賂手法仍繼續發生。

今年8月媒體報導另一醫師被控告¹⁰，這報導有較詳細的描述。一位Dr. Jeffery Goldstein，他認罪他違反回扣法(Anti-Kickback Statute)，接受藥廠賄賂而多開Subsys處方；一種強麻藥fentanyl為主要成份的噴劑。報導中說他接受的賄賂現金，高達近20萬美金，還接受去脫衣舞俱樂部的娛樂賄賂，Goldstein是在紐約市Manhattan區第四位因為接受這種賄賂而被起訴的醫師。

報導說 Insys藥廠2012年設立了所謂的「演講員局(Speakers Bureau)」，假稱請醫師教育其他醫療人員，有關麻藥Subsys的種種醫

療知識及使用方法。其實那「演講員局」只是騙局，實際上藥廠只是要把賄賂款以演講費，賄賂一些醫師們，要他們多開上述含強麻藥 fentanyl 成分但很昂貴的 Subsys 噴劑。

這位 Goldstein 接受了將近 20 萬美元沒演講的演講費現金，他還接受了其他的賄賂品，文中特別提脫衣舞俱樂部的賄賂。原來藥廠提供不只是看脫衣舞，為 Goldstein 提供 4,100 美元的俱樂部房間費、酒費、觀看及參加跳舞等費用。當然 Insys 藥廠不會吃虧的，據報導指出 2014 年一季（三個月）而已，Goldstein 就開了值 809,275 美元的處方給病人。顯然證據很充分，Goldstein 只好認罪他拿了賄賂。

以前拙文討論廠商用脫衣舞俱樂部的娛樂給醫師，陪審團認定這是廠商提供賄賂的證據²。提供賄賂者有罪，從上面的討論看來，接受這類廠商提供的娛樂也可算是賄賂，可用來當醫師們接受賄賂的證據。醫師們若只一次接受招待，去脫衣舞俱樂部，檢察官大概仍很難認定其因果關係，4 千多美元比起 20 萬的現金是小巫而已，不過仍可當賄賂的證據之一，雖然不是唯一或主要的證據。

以醫學教育名堂或「小」禮物的賄賂

不管是廠商、醫院或機構，最會以「醫學教育」的名堂，來掩蓋其「賄賂/回扣」的本質。上述廠商的「演講員局(Speaker Bureau)」只是假藉醫學教育的幌子，暗地裏則是以現金交易的賄賂，甚至去夜總會或其他娛樂場所，可能也假藉是醫學繼續教育的活動。

這次找到的一些實例，更認識清楚一點，一些「小」禮物有可能是賄賂，上述接受醫療機構賄賂而轉送病人到那機構的記者招待會中，北加州的檢察官中就認為，醫療機構送職業籃球賽的入場卷，可當賄賂的證據。這類「小」禮物的贈與相當普遍，您我大概都曾拿過，譬如小如球賽的門票，也記得拿過廠商贈送的醫學書籍，也參加過廠商邀請給顧問費的討論會。以後有機會再來討論這種很普遍能得到有利益衝突的經驗。

這篇拙文以案例來討論醫藥界的最嚴重的利益衝突的賄賂問題，主要想提出來請大家注意。這問題醫療界一向避談，最近美國媒體及醫藥界期刊，討論不少美國廠商提供給醫師有利益衝突，甚至有賄賂性的問題，特別再介紹。從我的觀察，台灣醫界對這類問題的嚴重性，絕不小於美國，大家應多注重及更該多多討論。

參考文獻

1. 朱真一：醫學論談—利益衝突、醫病、文化等與醫學—1. 醫學利益衝突問題。朱真一部落格中：<http://albertjenyihchu.blogspot.com/2017/09/blog-post.html>以及最近發表文章<http://albertjenyihchu.blogspot.com/2014/07/others.html> (2019-10-1)
2. 朱真一：最嚴重的利益衝突：廠商賄賂醫師--美國經驗可幫忙台灣類似的問題。台北市醫師公會會刊。2019；63(7)：81-86.
3. 朱真一：另一嚴重的利益衝突：醫院給回

- 扣--美國經驗可幫忙台灣的類似問題。台北市醫師公會會刊 2019；63(8)：85-89.
4. 朱真一：醫師接受賄賂/回扣的問題（上）
台北市醫師公會會刊 2019；63(9)：85-89.
 5. 朱真一：醫師接受賄賂/回扣的問題（下）
台北市醫師公會會刊 2019；63(10)：85-89.
 6. Bernstein L: From physician to felon: A doctor warns how easy it is to be bribed. In Internet: <http://ehln.org/?p=43472> (2019-10-1)
 7. Sullivan T: DOJ Targets Physicians For Accepting Bribes In Exchange For Referrals. (Last updated May 5, 2018). In Internet: <https://www.policymed.com/2015/04/doj-targets-physicians-for-accepting-bribes-in-exchange-for-referrals.html> (2019-10-1)
 8. Anonymous: 30 charged in scheme to bribe Bay Area doctors for Medicare referrals. In Internet: <https://nypost.com/2019/09/05/30-charged-in-scheme-to-bribe-bay-area-doctors-for-medicare-referrals/> (2019-10-1)
 9. Anonymous: New Jersey/Pennsylvania doctor indicted for accepting bribes and kickbacks in exchange for prescribing powerful fentanyl drug . From Internet: <https://www.justice.gov/opa/pr/new-jersey-pennsylvania-doctor-indicted-accepting-bribes-and-kickbacks-pharmaceutical-company> (2019-10-1)
 10. Anonymous: Fourth Manhattan Doctor Pleads Guilty To Accepting Bribes And Kickbacks From Pharmaceutical Company In Exchange For Prescribing Fentanyl Drug (posted August 16, 2019) In Internet: <https://www.justice.gov/usao-sdny/pr/fourth-manhattan-doctor-pleads-guilty-accepting-bribes-and-kickbacks-pharmaceutical-0> (2019-10-1) 



The Beautiful Brain: The Drawings of Santiago Ramón y Cajal

洪宜安 (洪仁政醫師之女)

去年秋天，在結束紐約州的交換實習之後，短暫在波士頓待了一兩週。期間，拜訪了在哈佛大學醫學院、公衛學院和其他醫院念書、研究與工作的朋友與學長姊們，他們熱情友善的帶著我參觀醫院、學院、實驗室，也分享許多生活心得，令我感動萬分！

爾後剩餘閒暇時間，在哈佛實驗室進行神經科學研究的學姊的推薦下，便到美國劍橋的麻省理工博物館(MIT Museum)看當時正在展出的神經手繪解剖圖展：“The Beautiful Brain: The Drawings of Santiago Ramón y Cajal”。

讀醫學的，一定都知道被稱為現代神經科學之父的西班牙神經科學家Cajal (Santiago Ramón y Cajal)；而讀過神經解剖學的，大概都曾在教科書或網路上看過一兩幅他的手繪神經解剖圖，尤其是著名的大腦皮質分層。當時麻省理工博物館的當期展覽，便是跟西班牙的學術機構借到並展出約80幅他的手繪作品。

Cajal是第一個，也大概是科學史上獨一無二，對神經系統的解剖和功能有非常詳盡的繪圖紀錄之人，尤其在神經解剖構造上，他也因此獲得1906年的諾貝爾生醫獎(Nobel Prize in Physiology or Medicine)。他根據光學顯微鏡看的神經切片所繪的圖，直至100年後の今日，依然是神經解剖學課程與相關研究的重要教材。

比較特別的是，這次MIT不只展出他的作品，也一併展出一些以現代科學技術染色、視覺化的腦與神經圖像，以佐證Cajal在100年前看到的神經學圖樣的驚人準確程度。與透過現

代技術看到的新樣貌，其實是非常有意義與感人。

感人之處在於即使在100年後的現在，透過一張張手繪圖，仍然能深刻的感受到100年前Cajal對於科學的探索熱情。以前我總以為Cajal就是透過光學顯微鏡看一張張人腦與神經的病理切片，照樣記錄與畫下來，這次親眼看到80多張他的繪圖，才發現他不只看人，也製作貓狗、節肢動物等的神經構造以觀察，這些都是純粹著迷於探究生物之美的科學家才能堅持不懈的行為。而且他的手繪圖也充滿層層修改的痕跡與特殊的“箭頭”，透漏他不只是純粹記錄圖像，更深思神經訊息傳輸的方向(direction of information flow)等問題。而且更值得深思的是，在他的時代，當時無法偵測神經細胞的電學活動，但透過研究不同腦構造與神經區域的神經細胞排列(neuron arrangement)，他提出Theory of Dynamic Polarization，也就是對於我們現在熟知，習以為常的神經訊息傳遞基本概念的假說：神經細

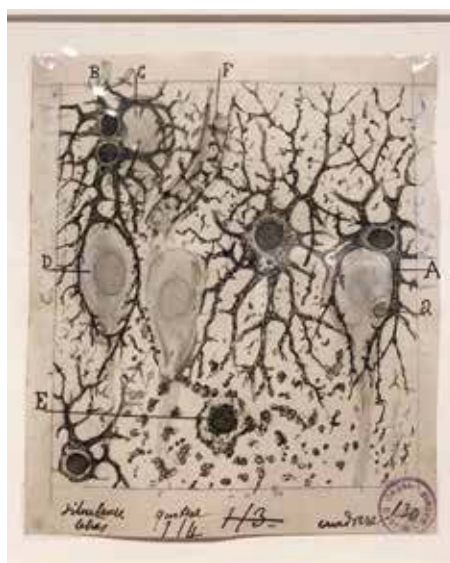
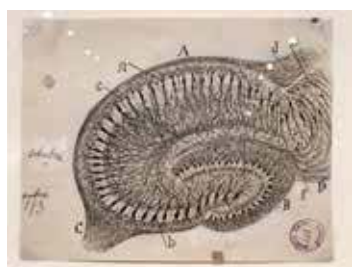


胞透過樹突(dendrites)接收電訊號，傳遞到細胞本體，再由軸突(axons)傳到下一個細胞，這假說在他有生之年都無法被證實，但卻是現今許多神經學概念的基石。以前上神經解剖總以為他只是畫畫神經構造，沒想到深入了解才發現他研究神經過程中所面臨的阻礙與突破，也更了解我們所熟知、視為理所當然的知識，獲得實是多麼不容易。

另外以現代技術得到的神經影像圖與100年前的手繪圖並列很有意義在於：一方面可以看見Cajal做科學的精確性和其對於現代神經學發展的深厚影響，像是：神經系統是一張連結緊密的網(a network of continuously-connected cells)(當時一個盛行的假說—網狀構造說(Reticular Theory))，是由單一、有間隙的細胞組成；一方面也可以看見神經科學技術在這100年的進展，像是：microscopy、

optogenetics、MRI、fMRI等。

最後，得說Cajal果然不只是一位科學家，也是一位藝術家，其手繪圖非常精美、線條講究，浦金氏細胞(Purkinje cells)、星狀細胞(Astrocytes)、樹突、軸突等連接，都非常的美。雖然人體、生物、自然界處處是充滿美感的精巧設計，但Cajal的圖的精緻與精確程度就跟大部分人畫的圖不一樣！其實這幾天在哈佛和MIT校園內散步時，我突然有所感悟：具有熱情的科學家，其實也常常是藝術家。科學家正是因為在自然界看到許多充滿美感的設計，而努力探索；無論是在一塊骨頭、一種甲蟲、神經細胞與其連結、物種的起源、抑或是人體器官間的互動，或是其他像是物理、化學等的各種現象，透過一些科學家與他們的作品，我似乎總能從中窺見或感受到我以前所看不見的美與迷人的面向。🌸



親情，故居情（二）

郝慰慈(何文佑醫師夫人)

醫婦會園地・親情，故居情（二）

今年的冬天，沒有冷過，是屬台灣的暖冬。進入五月氣溫更是怡人，讓人有出外走走的衝動。母親節那天，我看了公園盛開的杜鵑花，也聽到了池塘中央樹上的小鳥和池邊青蛙的合唱，內心充滿溫馨的感覺。黃昏時分，我又一次回到爸爸媽媽的故居，也就是我少女時代生活與成長的地方。

進入故居，第一眼就看到櫃子裡有一座小小的大理石造成的泰姬瑪哈陵模型。那是爸爸很久以前在印度開會帶回來的。因為那個櫃子已經很久沒有清理，泰姬瑪哈陵模型已經蒙上一層灰。我把模型拿出來清洗一番，再用棉花棒擦乾，重新放入櫃子，再開燈看看。曄！好美啊，泰姬瑪哈陵雖是模型，在燈光下顯得晶瑩剔透，無比的可愛，讓我著迷。坐在沙發上，我一邊喝茶，一邊看燈光下的泰姬瑪哈陵，一邊回憶自己的少女年代生活，不知不覺睏著了。

陽台外有一個竹籃，每年五月，一對環頸斑鳩必然會回來孵蛋。母鳥孵蛋，公鳥在一旁守著，不時咕咕地在叫，似乎在宣示主權，不容許有任何干擾。

在沙發上睡了不知多久，我在朦朧中被陽台外咕咕的鳥聲吵醒。醒來已近黃昏，回到家中想起印度古代皇帝沙迦汗為了紀念過世的妻子，動用上萬工匠花二十多年建成了泰姬瑪哈陵。野鳥環頸斑鳩每年都回到牠們的「窩巢」孵小鳥，感到無比溫馨。更想起我旅居美國的

弟弟妹妹，不停地嚷著要賣掉爸媽辛勞一輩子留下的故居，不由得感慨萬千、欲笑無淚。✿



種好田・食安心

資料及圖片提供／冠論科技(股)公司、刊欣媒體顧問有限公司

熊亞萍 一咬爆漿的水果玉米

熊亞萍，大家都叫她熊董，這稱呼一聽就顯得霸氣外露。原本擔任理專，這職場一轉，就從金融市場轉進玉米田裡，將過去經驗運用在農產經營，短短兩年就靠玉米闖出兩億人生。

智能田間管理 80公頃農地遵循產銷履歷

取得產銷履歷驗證兩年，在熊亞萍帶領下的鮮綠農業科技股份有限公司，一根根純白爆漿的水果玉米，從生產、加工，到最後包裝機械化，在一條龍的管理機制下運行，得以減少耗損，創造最大經濟價值。在重視品質的前提下，鮮綠所驗證的80公頃農地全數導向產銷履歷驗證，依循合理施肥及用藥規範、採取輪作方式來避免土地劣化。每日玉米的產量將近30噸，通路包含網路平台、量販店、餐廳…等，甚至出口港、澳與新加坡。

「批次管理每天更新，也關係到作物的好壞和農民的KPI」熊亞萍說明，在農地控管部

份，透過「鮮綠智能田間管理系統APP」以監測土壤、水質以及陽光，再利用大數據分析推演出最佳採收日期；並且同步和農藥行合作，以農民資料卡的方式，全面控管農地用藥。

「有鑑於氣候變遷，現階段要達到作物的品質均一還真不容易，在氣候允許的狀況之下，鮮綠採用介入大田管理的方式穩定品質，而這也是我最重視的環節」熊亞萍說，這些批次管理的數據都由自己每天負責緊盯，在品質要求上力求親力親為。其實，當初引進產銷履歷的制度，對於鮮綠的契作農友們來說是很大的衝擊，因此，除了深度的溝通和指導之外，也會依照挑選後的良率來制定獎勵。她笑言，心理學有一個說法是，一件事情只要說28次，「就像魔音傳腦，」能讓勉強成為習慣，習慣就成自然。

農地耕耘腳踏實地 逐步邁向自動化

看似強勢的作風，和員工們相處之際仍然可以談笑風生，聊到這位董事長讓員工之間都



佩服比讚，熊亞萍除了對待旁人有高度的親和力之外，在場內更是親力親為，就像是一位停不下來的工作機器，進出會議室、包裝室，即使手機隨時都有客戶來電，也可以同時一邊督促接下來的行程和工作上的調配。瞬間透析，如此光鮮亮麗的背後，絕非空洞。

「對於農業，我的座右銘是腳踏實地，它跟其他東西都不一樣，不會無中生有。」熊亞萍說，田間工作一定是腳踏實地，有走過才會留下痕跡，也許就像她的工作態度一樣，從作物生長狀況、工作流程的掌握，到機器設計以及廠房建造，全程參與，無一不侃侃而談。她

也進一步提到，鮮綠的新廠房裡，會有全臺灣第一台玉米截切跟自動包裝，目標往全面自動化方向去走，節省人力、讓同事工作更輕鬆，事半功倍。

達人有話說：

鮮綠獨家生產的水果玉米，甜度高、水分多，單純水煮就非常美味，若是直接生吃更為鮮美甘甜！

品項：玉米、馬鈴薯、地瓜

產期：玉米：全年；馬鈴薯、地瓜：2到5月。



本會學術教育課程表

主辦單位：台北市醫師公會

時間：下午一時至三時（星期五）

地點：台北市醫師公會7樓會議室（台北市信義路二段74號7樓）

日期	講 題	講 師
108.11.15	下背痛的診斷及處理 (一般、老、復、神外、家乙)	梁蕙雯
108.11.22	骨鬆治療概論 (一般、老、骨、神外、家乙)	吳鴻康
108.11.29	漫談老年糖尿病最佳照護 (一般、老、神、糖、家乙)	黃君睿
108.12.06	藥物在腎衰竭病人之調整 (一般、老、糖、家乙)	顏銘佐
108.12.13	長期照護藥物議題 (一般、老、家甲)	彭仁奎
108.12.20	From Promotion of Optimal Aging to Treatment of BPSD (一般、老、家甲)	黃宗正
108.12.27	骨鬆之診斷及治療 (一般、老、骨、神外、家乙)	洪立維

註：1.心＝心血管共同照護網 2.糖＝糖尿病共同照護網

投稿簡則

一、本刊為台北市執業醫師的園地，歡迎各位會員同仁踴躍提供與醫療有關之學術研究報告、醫療行政業務、行醫心得、文藝創作、旅遊見聞等創作。

二、各類文章，以不超過5000字為原則，但特約稿例外。學術性文章，題目、姓名均須以中文書寫，題目不超過20字為限。本刊對來稿有修改的權力。

三、本刊「台北市醫師公會會刊(Journal of Taipei Medical Association)」，英文縮寫為J Taipei Med Assoc。

四、凡學術性文章，請依下列簡則：

1. 來稿請以中文橫向打字；英文名詞除已慣用簡寫外，其它儘量譯成中文，並以括號附註原文。英文譯中文請用牛頓英漢醫學辭典、高氏醫學辭典或華欣醫學大辭典。英文字之字頭，除標題、每行開頭字、專有名詞與藥物商品名外，請一律小寫。

2. 凡數字應用阿拉伯字體書寫，度量衡單位應使用國際單位系統符號。

3. 插圖如係照片，須光面且黑白清晰，如係圖表，應用濃墨描繪於白紙，轉錄之圖、表應註明出處。圖以阿拉伯數字，表以羅馬字排列次序。插圖如為電腦檔案，則解析度至少需為300 dpi。

4. 參考文獻之引用如下：

A. 參考文獻按照引用先後順序排列，於文中引用時請以小寫阿拉伯數字標示於引用處之右上方。

B. 參考文獻之著者需全部列出，如為三人以上者，則僅列前三人。

C. 所列之參考文獻以二十個為限。

D. 參考文獻如為雜誌，請書寫著者姓名、題目、雜誌簡稱(按照Index Medicus規定)、年號、卷數、起訖頁數。

中文例：高明見：多汗症併有狐臭的交感神經切除療法。北市醫誌1993: 37: 19.

英文例：Brown MS, Goldstein JL: A receptor mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science BK 1986; 232: 34-47.

E. 參考文獻為書之範例：文章著者姓名、題目、編輯者姓名、書名、版數、年代、出版社名、地址、起訖頁數。

Mc Intyre N, Harry DS: Measurement of plasma lipids, lipoproteins, apoproteins and enzyme. In Mc Intyre N, Harry DS, eds. Lipids and lipoproteins in clinical practice. 2nd ed, 1992. Wolfe publishing Ltd. London. England. P.33-68.

F. 參考文獻如為網站資料，請註名日期。

五、本刊僅接受未曾發表之著作，請勿一稿兩投：凡經本刊登載後，版權即歸本刊所有，除於本刊刊登外，亦張貼於本會網站。本刊於每期會刊出版後，選取部份文章提供與本會簽約合作之數位公司收錄和提供下載服務。所有文章除本刊同意外不得轉載。若為摘譯、譯稿或改寫稿，需附原作者之正本同意書，並附原文影本一份；作者之觀點並不代表本會立場，若有法律責任由作者自行負責。來稿如涉及版權，概由作者自行負責。

六、投稿請寄稿件及投稿聲明書，寄至「台北市信義路二段74號6樓編輯委員會」，並詳附姓名、通訊地址、電話、傳真號碼、服務單位及職別，或e-mail至tma09@tma.org.tw。如經採用，將略致薄酬以表謝意。



臺北市醫師公會

會址：臺北市信義路二段74號6樓

電話：(02)23510756 傳真：(02)23510739

TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION

6th. F. NO. 74, SEC.2 XINYI ROAD.

TAIPEI, REPUBLIC OF CHINA

TEL:(02)23510756 · 23510757

FAX:(02)23510739