



臺北市醫師公會會刊

- 人工智慧在醫學領域的應用—以心電圖應用為例
- 阻塞型睡眠呼吸中止症的診斷及治療選項
- 婦女體重管理與婦科疾病—危機也是轉機

目錄

Contents

理事的話	在醫病關係中守護善意與專業	孫建偉	2
會務公告	台北市友善無障礙診所地圖		5
	台北市醫師公會好書獎申請辦法		6
	台北市醫師公會好書獎申請表		7
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		10
醫事法律	駐診醫師—臺灣基隆地方法院112年度 勞訴字第3號民事判決評析	吳景義、葛 謹	26
學術專論	人工智慧在醫學領域的應用— 以心電圖應用為例	陳楷傑、方文輝	33
	阻塞型睡眠呼吸中止症的診斷及治療選項	林建甫	43
	婦女體重管理與婦科疾病—危機也是轉機	何鎮宇	48
活動報導	七十九週年暨醫師節慶祝大會紀要	施玉琴	51
	一一三年度籃球錦標賽成績		56
	一一四年度高爾夫友誼賽		57
活動預告	台北市醫師公會114年攝影講習課程		58
	嘉義—台版合掌村—部落巡禮+謎漾森林森鐵文化／ 阿里山森林浴二日遊		59

發行人：洪德仁

執行長：陳彥元

編輯顧問：曾春典、黃國晉

總編輯：陳彥元

副總編輯：方文輝、程劭儀

本期執行編輯：程劭儀

本期副執行編輯：林明慧

編輯：周裕清·王森德·王瀛標·江建勳·
吳岱穎·吳慶南·沈仲敏·林明慧·
黃偉新·黃博浩·溫素瑩·釋高上

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：106001台北市信義路二段74號6樓

電話：(02)2351-0756·傳真：(02)2351-0739

P.33

P.62

P.66

P.75

P.82

會員園地	服務欄	62
	開懷篇	陳志鑫 63
	攝影秀—探索西班牙聖雅各朝聖之路	林隆煌 64
杏林隨筆	台北市醫師公會智庫女性醫師小組成立紀要	洪德仁、吳景萱、莊育慈、66 蔡茵庭、李宜潔
	導入AI助攻製圖，完美繪製SCI論文圖文摘要	楊豐源、羅宇成、邱士華、72 王署君、陳曾基
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(145) — 健保停保及復保—怎能一直吃到飽？	李志宏 75
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-17	朱真一 82
	日據時代的醫學教育(3)—多元化的台灣醫師養成	
醫婦會園地	記秋郊～新竹一日遊	利敏玉 88
醫政公文	重要政令轉知會員	90
繼續教育	醫事講座／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	振興醫院 9	

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

法律顧問：恆昇法律事務所 楊榮宗律師

臺北市中山區南京東路三段68號13樓

電話：(02)2506-8811

封面簡介

封面主題：懷舊食光

遠百信義A13於2019年12月25日開幕，四樓「懷舊食光埕」很快的就變成攝影者的打卡景點。在挑高的空間中，結合了大稻埕老街、平溪天燈、紅磚拱門、美食小吃等元素，讓嶄新大樓中，加入了一處可以抒發懷舊蓄念，兼可品嚐美食的好地方。

作者：蕭光明

服務院所：台北榮民總醫院

在醫病關係中守護善意與專業

西園醫院副院長 孫建偉

前言

近來醫界發生了一件令人深思的事件。一位80多歲的李伯伯在接受泌尿科手術後出現少見的尿失禁情況，排尿困難及尿液滯留雖得以改善，但因尿失禁影響生活起居而有些許沮喪。術後，他帶著兩盒糖果，打算表達對醫師的感謝。然而當他試圖將糖果送給醫師時，護理師基於醫院的收禮規範和維護專業形象的考量出面阻止。不料在雙方的溝通過程中發生了肢體拉扯，引發醫療暴力的爭議。護理師隨後提告，案件進入司法程序，醫師因目睹整個過程被傳喚至法庭作證支持護理師。當李伯伯在法庭上得知醫師為護理師作證後感到憤怒，進而提出反控，指稱醫師的手術導致他尿失禁。

這起事件反應出醫病關係中的複雜性，也提醒我們如何在日常醫療過程中妥善處理患者的情感表達以及應對衝突，對於維護和諧的醫病互動至關重要。我們希望藉由本次事件引發的反思，提供一些實務上的建議，幫助大家在未來類似情境中更成熟地應對挑戰，守護醫病之間的信任與理解。

善意的醫療

醫護人員常會面對患者出於感謝而送禮的情況，然而我們必須依照醫療倫理及醫院規範拒絕贈禮，避免模糊專業界線。在拒絕的過程中，我們應該以溫和且具同理心的方式解釋，避免讓患者感到被拒絕或不被尊重。此次事件中，護理師雖然出於善意阻止李伯伯的行為，但未能即時說明，導致患者誤解並引發衝

突。因此醫護人員需要提高溝通技巧，及時向患者解釋行為的用意，以降低誤解風險。這起事件的核心問題之一在於溝通上的缺失。在護理師急於阻止李伯伯的同時，可能忽略了即時的解釋，導致患者誤解並情緒激動。醫療團隊在面對類似情境時，需要加強「即時溝通」的能力，隨時向患者清楚傳達行為背後的考量。例如，護理師可以用更具體而友善的語言向李伯伯解釋醫院的規定，而不是急於阻止他的行為。同時若發現患者因溝通不良而情緒升高，醫護團隊應該立即介入安撫，避免事態擴大。

我們更應注重患者的心理需求，特別是年長患者在面對身體功能下降時容易感到無助和挫敗。透過更多關懷，如安排心理支持或復健計畫，能幫助患者適應新的生活，減少情緒對立。

專業的執著

進入司法程序時，我們應秉持專業精神與誠實態度，透過事實和完整的醫療紀錄應對指控，不將訴訟視為醫病關係的破裂，而是展示對法律的尊重。在作證時，我們必須保持中立與理性，避免激化患者的情緒，並在適當時機重新建立與患者的溝通化解誤會。專業與倫理是醫護人員的重要責任，即便面對患者的非理性指控，我們仍須冷靜應對，確保自己的專業尊嚴不受損害。同時善用法律資源及醫療團隊的支持，是保護自身權益的重要途徑。在這樣的過程中，我們的態度和行為也會為社會展現出醫護人員的高度與專業典範。

在醫療現場，我們無可避免地會遇到情緒化甚至不理性的患者行為，如同這起事件中的李伯伯，因為誤解及情緒，提出了不合理的指控。在面對這些情境時，醫護人員的專業尊嚴可能受到挑戰，甚至蒙受委屈。然而面對病患的非理性行為，保持冷靜與專業是我們最有力的武器。

首先我們需要清楚認識到，患者的情緒反應多半不是針對我們個人，而是對其身體變化、治療結果或生活品質下降的不滿。保持同理心，理解患者的挫折，是化解衝突的第一步。當情緒對立升高時，我們應避免進一步激化矛盾，以冷靜且中立的態度，協助患者重拾理性。

面對不理性的指控，我們應該以事實和專業為基礎，通過合法的程序維護自身的權益。醫師公會和醫院都有相關專責單位提供法律支持和心理輔導，讓醫護人員在面對指控時不會感到孤立。保持透明的溝通和完整的醫療記錄，有助於在司法程序中澄清事實，避免對專業形象造成更大的傷害。

我們必須學會在困境中保持專業尊嚴，當患者的非理性行為損及我們的名譽時，我們仍應堅持以專業和倫理為指導原則，避免因情緒反應而偏離正軌。我們不僅是在治療患者的身體，更是透過專業行為為醫病關係樹立典範。

最後，讓我們共同攜手，不僅為患者的健康奮鬥，也為維護醫護人員的尊嚴和榮耀而努力。無論在什麼樣的挑戰中，我們都應該以專

業、理性和同理心回應，展現醫護人員的高度修養與價值。專業不僅是我們的盾牌，更是我們面對挑戰時最有力的聲音。讓我們在理性與專業的道路上持續前行，為所有醫護人員樹立典範，為患者打造一個更加理解、互信的醫療環境。🇹🇼



2025

YEAR OF THE SNAKE

新年快樂
乙巳年

台北市醫師公會

理事長 洪德仁

常務理事 周迺寬 蕭勝煌 周賢章 侯明志 林應然 簡志誠
蔡建松 陳作孝

理事 殷偉賢 張文瀚 李偉強 蔡有成 黃國晉 黃集仁
黃聰仁 李龍騰 黃國欽 詹前俊 孫建偉 周裕清
曾令民 劉漢宗 邱展賢 詹益祥 洪佑承 程劭儀

監事長 劉秀雯

常務監事 張孟源 許希賢

監事 婁培人 洪乙仁 陳美齡 蔡景耀 盧異光 陳獻明

執行長 陳彥元 暨全體會務人員

敬賀

台北市友善無障礙診所地圖

北投區：18家

1. 龍新診所
2. 台北宏安耳鼻喉科診所
3. 石牌寶和復健診所
4. 洪耳耳鼻喉科診所
5. 祐民聯合診所
6. 慈恩耳鼻喉科診所
7. 翰豐耳鼻喉科診所
8. 何淑芳小兒科診所
9. 黃正宏診所
10. 宏恩兒科診所
11. 石牌鄭身心醫學診所
12. 榮陽安心診所
13. 惠康診所
14. 陳珀勛診所
15. 李伯蓮小兒科診所

士林區：10家

1. 馮林診所
2. 豐林診所
3. 張慶龍小兒科診所
4. 何小兒科診所
5. 葉耳耳鼻喉科診所
6. 榮清耳鼻喉科診所
7. 楊光耳鼻喉科診所
8. 聯志骨科診所
9. 佩風婦幼診所
10. 德生診所

大同區：4家

1. 翼豐診所
2. 包眼科診所
3. 佑佳內科診所
4. 志動皮膚科診所

中山區：14家

1. 潘外科內科診所
2. 麗江小兒科診所
3. 民生永安診所
4. 大直診所
5. 寧康聯合診所
6. 豐達婦產科小兒科診所
7. 周賢章耳鼻喉科診所
8. 正恩耳鼻喉科診所
9. 榮星診所
10. 生基婦產科診所
11. 麗江國醫診所
12. 王聯合診所
13. 中泰聯合診所
14. 光華家醫科診所

松山區：12家

1. 陳炳堅內科診所
2. 雙眼明眼科診所
3. 國新耳鼻喉科皮膚科聯合診所
4. 悠遠復健科診所
5. 康瑞耳鼻喉科診所
6. 民生聾耳耳鼻喉科診所
7. 榮安親親家醫診所
8. 佑達骨科診所
9. 吳慶南內科診所
10. 康健診所
11. 愛爾茲整形診所
12. 宇恩復健科診所

中正區：11家

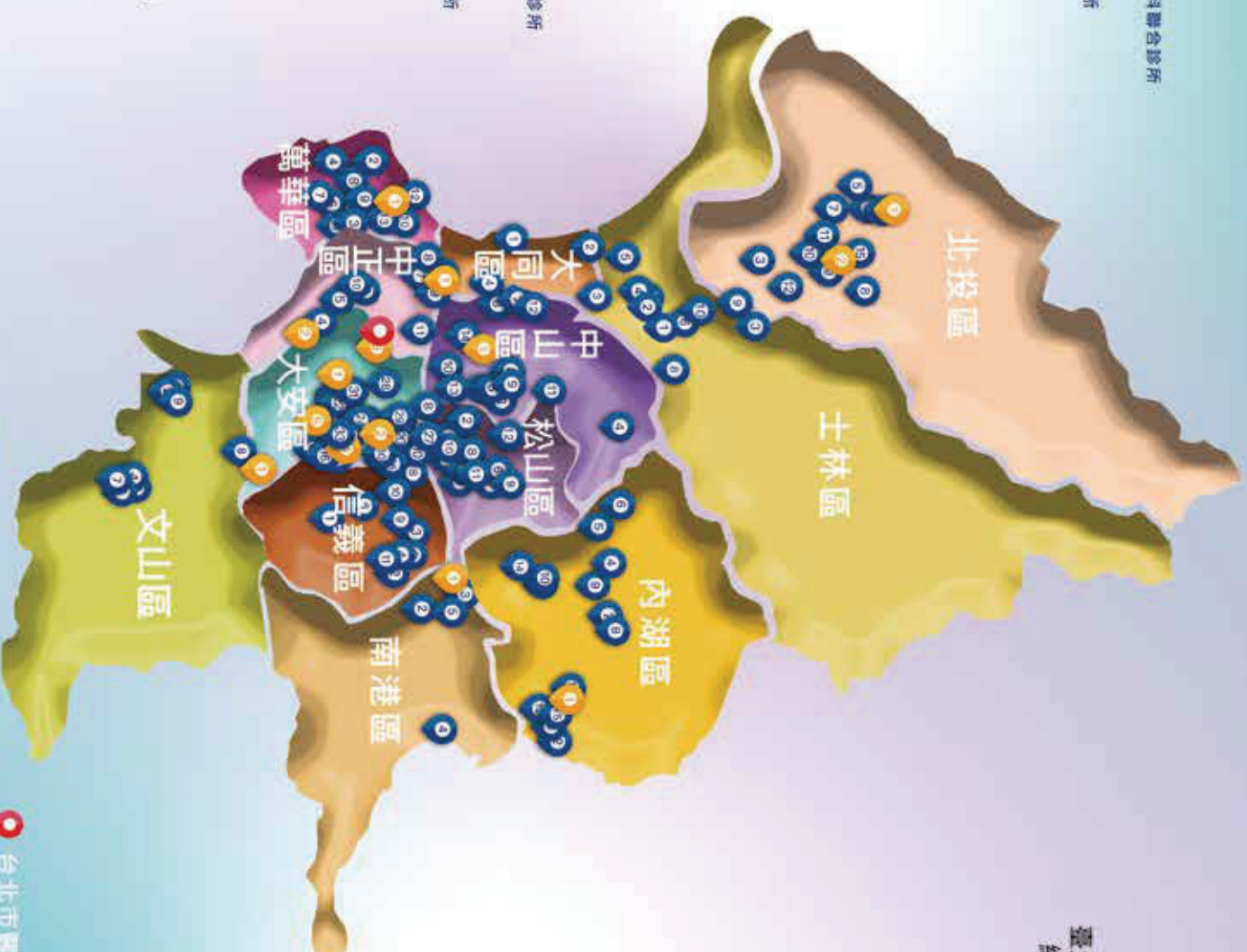
1. 黃兆診所
2. 古寧復健診所
3. 丞泰耳鼻喉科診所
4. 他和診所
5. 健康101診所
6. 站前大學眼科診所
7. 懷寧復健科診所
8. 致人診所
9. 和豐綜合診所
10. 蔡瑞芳眼科診所
11. 晶韻美學診所

萬華區：13家

1. 台北國新診所
2. 盧漢隆耳鼻喉科診所
3. 漢宗小兒科診所
4. 天行健診所
5. 萬華衛寧內科診所
6. 蔣富強皮膚專科診所
7. 光晶妍眼科診所
8. 瑞生診所
9. 陳國賢診所
10. 永康診所
11. 可為診所
12. 周耳耳鼻喉科診所
13. 晏明雅診所

文山區：9家

1. 康成診所
2. 陳建業診所
3. 洪佑承小兒專科診所
4. 世誠耳鼻喉科診所
5. 合康復健科診所
6. 慶如診所
7. 大豐耳鼻喉科診所
8. 屈銘軒小兒科診所
9. 漂亮101皮膚科診所



臺北市聽語障溝通服務
線上申辦系統



台北市友善無障礙診所Web Map
(內有詳細診所地址電話)

大安區：33家

1. 許書田雙層醫術法人
黃田及眼科診所
2. 普濟復健科診所
3. 達仁診所
4. 龍育聯合診所
5. 恆佳普濟復健診所
6. 安東診所
7. 敦南諾貝爾眼科診所
8. 吳孝美復健診所
9. 聯新國際診所
10. 大安雙眼明眼科診所
11. 啟誠聯合診所
12. 延吉美皮膚專科診所
13. 信德診所
14. 光慧診所
15. 陳建銓耳鼻喉科診所
16. 新長安診所
17. 張國麟耳鼻喉科診所
18. 安吉耳鼻喉科診所
19. 松德診所
20. 夏南診所
21. 珍世明眼科診所
22. 御美診所
23. 適祥診所
24. 永誠復健科診所
25. 樂益耳鼻喉科診所
26. 李細洋內科診所
27. 杏保羅明信誠診所
28. 頂好預防醫學診所
29. 慈民骨科診所
30. 聯合整形外科診所
31. 鄭耳鼻喉科診所
32. 樂活診所
33. 蕭合璧整形外科診所

信義區：11家

1. 張寶麟診所
2. 林國然小兒科診所
3. 新沐康診所
4. 伍勝邱婦產科診所
5. 王寶仁診所
6. 伍義耳鼻喉科診所
7. 仁濟骨科診所
8. 聯合報系員工診療所
9. 松仁婦產科診所
10. 101諾貝爾眼科診所
11. 嚴敏心耳鼻喉科診所

內湖區：15家

1. 茹生復健科診所
2. 康樂診所
3. 富康復健科診所
4. 仁弘耳鼻喉科診所
5. 內湖美蘭診所
6. 陳輝豐診所
7. 成功耳鼻喉科診所
8. 成安耳鼻喉科診所
9. 索爾復健科診所
10. 朱馨內湖婦幼診所
11. 內湖瑞麟診所
12. 葫洲診所
13. 東湖皮膚專科診所
14. 永長欣診所
15. 魏之明小兒科診所

南港區：6家

1. 芳華婦科科診所
2. 諾小兒科診所
3. 陳志鑫診所
4. 李文珍小兒科診所
5. 松風診所

台北市醫師公會好書獎 申請辦法

106.7.19 第十七屆第十七次理監事聯席會議通過

一、為鼓勵本會會員完成專門著書，特制定此獎項予以鼓勵與推薦。

二、申請資格：

1. 本會會員入會滿一年以上，且為申請日截止前三年內之著作，中英文均可。
2. 由本會會員擔任主編者或合著作品（若主編為二人以上），需本會會員撰寫篇幅達50%以上者。
3. 曾獲獎之改版著作，修正篇幅應達50%以上。

三、獎勵方式：

1. 於本會會刊刊登好書推薦詞。
2. 於本會醫師節大會中頒發獎狀。

四、申請方式：

1. 作者本人申請。
2. 由本會編輯委員會委員、理監事推薦，惟須經作者簽名同意。
3. 均應填具申請表及相關資料於期限內送達本會。

五、申請日期：每年4月1日起至4月30日止，申請日期截止後即不再受理申請。

六、評審方式：經本會編輯委員會初審，通過後再請提理事會覆核。

七、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

台北市醫師公會好書獎 申請表

一、作者：_____ 推薦人：1. _____ 2. _____
 聯絡電話：1. _____ 2. _____
 醫院/診所：_____ 職稱：_____
 電子信箱：_____
 作者簽名：_____

二、著作名稱

中文：_____
 英文：_____
 出版日期：民國_____年_____月_____日
 出版商：_____ 地點：_____
 出版形式：_____ 國際標準號碼：_____
 類別：☐醫療專業 ☐醫療一般 ☐醫事法律 ☐其他

三、摘要內容（以500字為限）

四、須有至少兩位推薦人。

五、若有共同著作者請填附表乙份。

六、申請人填妥申請表及準備參選著作五份後送件。

台北市醫師公會好書獎申請表附表

著作合著人同意證明			
代表送審人姓名			
著作名稱	中文：		
	英文：		
出版日期	民國	年	月 日
出版廠商及地點	廠商名稱：		
	地點：		
出版形式 (書本、光碟)			
合著人簽章證明 (簽章者表示同意由代表送審人申請台北市醫師公會好書獎)			
民國 年 月 日			



振興醫療財團法人
振興醫院
Cheng Hsin General Hospital

高薪禮聘

敬邀具發展潛力的您來振興

誠徵主治醫師

神 經 內 科 具神經專科醫師證書

中 醫 科 中醫內、婦、兒、針灸專長

加護中心科 具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書

老年醫學科 具老年醫學專科醫師證書

應 徵 資 格

- 醫學中心完成訓練尤佳
- 取得專科及次專科醫師證書
- 對醫療工作具熱忱、溝通協調能力優
- 團隊合作佳且勇於接受挑戰者
- 內外科系能值班者尤佳
- 有區域級(含)以上醫院擔任主治醫師工作經驗尤佳



電 話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生
E-mail | apply@chgh.org.tw
意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄
112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

理監事聯席會會議紀錄

期別：第廿屆第六次

時間：一一三年十月九日（星期三）下午一時

地點：台北市醫師公會七樓會議室（實體暨視訊）

理事出席：洪德仁、周迺寬、周賢章、林應然、蔡有成、詹前俊

理事視訊：侯明志、簡志誠、殷偉賢、張文瀚、李偉強、黃集仁、黃聰仁、孫建偉、劉漢宗、邱展賢、詹益祥、洪佑承、黃國晉、黃國欽、程勁儀

理事請假：蕭勝煌、陳作孝、蔡建松、曾令民、周裕清、李龍騰

監事出席：劉秀雯、張孟源、盧異光、陳獻明

監事視訊：許希賢、洪乙仁、蔡景耀、陳美齡

監事請假：婁培人

列席：李明濱顧問、彭瑞鵬顧問、高尚志召委、陳彥元執行長（視訊）

主席：洪德仁理事長(13:00~14:10)

周賢章常務理事代(14:10~14:40)

記錄：施玉琴

一、報告事項

(一)主席報告-洪德仁理事長

劉監事長、李顧問、彭顧問以及各位在座和在線上理監事大家午安，非常高興大家撥冗參與今天的會議。稍後振興醫院魏崢院長會上線說明有關「杏林春暖基金會」在台北市醫護人員發生醫療糾紛須賠償金錢時的協助，其他重要報告請參閱紙本資料如下：

一、八月十七日安排公會幹部與新任台北市政府衛生局黃建華局長就共同合作的業務進行初步交流。

二、八月廿五日本會協辦由文山區健康服務中心和臺北市立動物園主辦之祖父母節活動，感謝台北北區扶輪社致贈童書與本會共同推廣親子共讀理念，台大醫療團隊也設攤進行器官捐贈宣導，現場非常熱絡，童書在短時間就發送完畢。

三、九月一日桃園市醫師公會承辦北東部暨金馬12縣市醫師公會理事長、常務理監事暨總幹事醫政研討會，本人及周迺寬、周賢章、林應然等常務理事、張孟源常務監事、全聯會彭瑞鵬常務理事、蔡有成常務理事、陳彥元執行長及施玉琴總幹事應邀參加。

四、全聯會轉立法委員王正旭國會辦公室就民間團體倡議每年八月廿五日杜聰明醫師生辰日訂為台灣醫師節請各公會提供意見一案，經徵詢常務理監事意見，其中五人贊同、一人反對、三人無意見。

五、九月廿二日至廿七日本人赴韓國參加AFHC大會暨研討會，於九月廿四日安排拜會與本會廿年前締結姐妹會的首爾特別市醫師會。醫師會很客氣，特別派員從旅館帶著我搭乘捷運，然後專車送我到醫師會會館。Hwang Gyu Seok會長熱誠接見，雙方對於醫療改革、醫療人力分配的合理化、艱困科別的優化，相互交換意見，深深覺得韓國和台灣真是兄弟之邦，

相同的命運和情境，一定要相互扶持。首爾特別市醫師會非常讚嘆台灣能有醫師總統、醫師部長，能夠與醫師會密切的溝通醫療等政策。雙方覺得應該深化交流，明年度可以互相訪問，本會可安排在明年三、四月間訪問該會，交流分享主題是醫療糾紛政策及處理經驗。該會也將配合本會的醫師節大會回訪，交流主題再行討論。

六、十一月十日將舉辦七十九週年暨醫師節慶祝大會，醫師節慶祝活動是公會年度大事，請各位將時間預留，偕同配偶共襄盛舉。

七、本會購買新會館的流程已於十月四日交屋正式完成。交屋後即進入辦公室空間的規劃作業，日前已和會務同仁溝通辦公空間需求，購屋評估小組也召開視訊會議，提供空間規劃意見及應注意的事項，請委員推薦設計團隊，再安排時間請設計師到現場勘查並公會整合的將本會意見與需求供參。

劉秀雯監事長報告

洪理事長、李顧問、彭顧問、執行長以及各位理監事，大家午安。公會會務在同仁的努力下，運作順暢；財務在彭瑞鵬召委嚴格把關下，每個月帳目由各位監事輪流看帳，財務也很健全；有關購屋進度稍後在委員會報告時說明，謝謝大家。

(二)確認第廿屆第五次理監事聯席會議紀錄及辦理情形：通過。

(三)委員會召集委員報告

財務委員會彭召集委員瑞鵬

本會購買新會館向玉山銀行貸款的16,500萬，其中16,000萬，玉山銀行已於9月26日匯至屋主貸款的國泰世華銀行辦理代償，等到代償手續完成，玉山銀行會再將500萬匯到履保專戶。另，公會也已於同日匯款4,623萬至履保專戶（用印款2,347萬+尾款差額2,276萬）。10月4日玉山銀行將剩餘貸款500萬匯至履保專戶，完成交屋程序。

醫政法制委員會周召集委員迺寬

一、以下為與財團法人中華法學研究院、中華法學會八月合辦之「司法VS.醫療專題系列講座」活動：

(一)八月六日第三場健康講座，邀請台大醫院精神醫學部暨睡眠中心專家陳錫中醫師，主講「法庭內外的心靈保健-身心健康平衡的重要性」。陳錫中醫師以輕鬆幽默的風格，深入淺出地解析了壓力是如何產生，也提供了實用的技巧來辨識和處理壓力源。並提醒如何利用社會支持及資源，讓我們能正向地與生活中的壓力和平相處。

(二)八月十九日第二場「電子病歷與隱私保護」法律講座，邀請周迺寬醫師和蔡孝誠教授共同探討數位醫療法律的最新發展。內容聚焦於AI在醫療與法

律領域的應用，強調以人為本，遵循醫療常規，並將AI作為輔助工具，提升診斷與治療的精準度，實現更高效的醫療資源配置。周迺寬醫師與蔡孝誠教授憑藉其在醫學、法律及AI科技領域的深厚專業背景，為數位醫療法律的未來發展提供了寶貴的見解。

二、八月十二日合辦「醫療爭議暨倫理教育訓練-器官捐贈VS.再生醫療法律」課程，洪德仁理事長蒞臨致詞並頒贈感謝狀。由周迺寬常務理事、周賢章常務理事共同主持，台大醫學院醫學教育暨生醫倫理學研究所蔡甫昌教授及財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心蔡宏斌執行長，分別就「再生醫學倫理議題探討（與器官移植）、器官捐贈相關監管機制及隱私保護與法律爭議」專題進行演講。綜合討論中邱逸淳院長及郭育成、董福義、柯明中等三位副院長，以及聯醫組織庫負責人高鈞彥主任熱烈參與討論，豐富了專業知識，並為醫療與法律的交叉發展提供了新視角。

三、九月五日與市立聯合醫院和平婦幼院區合辦「醫療糾紛風險管理系列研討會」課程，洪德仁理事長蒞臨致詞並頒贈感謝狀。由許家禎院長和周迺寬常務理事一同主持，邀請臺灣臺北地方法院許峻彬法官和公會張孟源常務監事擔任講師，就「轉診制度風險管理」進行深入討論。許峻彬法官從法制架構分析轉診中的四大法律風

險，並以實際案例剖析，幫助醫療人員快速理解轉診過程中的法律挑戰。張孟源醫師則探討政策、執行與法律層面的轉診協作機制，強調分級醫療與雙向轉診的重要性，並介紹電子轉診系統如何降低醫療糾紛風險。和平婦幼院區許家禎院長與陳美如副院長也分享了推動轉診制度的實際經驗，提供了寶貴的見解。

四、協辦馬偕醫院十一月十六日舉辦之「2024年生殖與基因科技」倫理法律研討會，請理監事踴躍報名參與。

⇒報名網址：<https://reurl.cc/ZVzz0V>



五、訂於十二月五日與臺北市衛生局食品藥物管理科例行合辦「管制藥品管理法規暨常見違規實務」線上說明會，加強會員對於管制藥品管理相關法規實務的瞭解，請理監事踴躍報名參與。

⇒報名網址：<https://reurl.cc/lylqVd>



六、協助提供醫療相關團體修訂醫療相關法規之調查或建議如下：

- (一) 協助全聯會調查環境部預告修正「放流水標準」第2條附表1至附表11、附表14、附表15草案之意見。
- (二) 協助全聯會調查就現行各類醫事人員業務範圍及執業處所條文規範之意見。

(三) 協助全聯會調查「藥事法第二十七條之二必要藥品清單」修正草案之意見。

(四) 協助全聯會調查「衛生福利部新版報備支援系統」轉換是否對醫師會員造成困難、或對新版報備支援系統有任何操作建議，亦或是目前已有報備失誤的案例發生之意見。

七、月旦醫事法報告雜誌電子期刊，理監事如有需要，可於如下網址或掃右側QR code下載。

⇒第94期下載網址：

<https://reurl.cc/QEOO12>



94-月旦

⇒第95期下載網址：

<https://reurl.cc/pvyK6b>



95-月旦

學術委員會蕭召集委員勝煌

一、一一三年八、九月共舉辦八場實體+視訊課程，包括內科六場、骨科、婦產科、小兒科各一場，每場次約140~170位會員參加。

二、十月份的課程報名表已於九月中旬mail給全體會員並放置公會網站。

會員服務委員會周召集委員賢章

一、113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	侯書文	113.8.22逝世，刪除表揚
50	陳天雄	113.8.09退會，刪除表揚
30	葉國明	113.7.29退會，刪除表揚
30	蘇裕謀	113.7.08退會，刪除表揚

依上述名單修正各年資表揚人數，表揚人數更新為672名。

年資	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	合計
原表揚人數	1	2	4	6	1	116	93	129	189	135	676
修正表揚人數	1	1	4	6	1	115	93	129	189	133	672

二、本屆組長名單變更如下：

組別	原組長名單	變更後組長名單	說明
士林區第2組	黃信得	林軼鵲	原組長辦理診所地址變更，已非隸屬於此組
內湖區第1組	林世昌	塗雅雯	原組長辦理執業場所變更，已非隸屬於此組

三、為凝聚年輕會員對台北市醫師公會向心力，並對台北市的歷史文化留下回憶，九月十五日下午於捷運圓山站二號出口集合，有26位會員及眷屬參與本次年輕醫師文化之旅-大龍峒古蹟廟宇巡禮，由文史工作者何良正老師協助導覽孔廟建築、裝飾及儒家文化；大龍峒保安宮對場作建築、裝飾，搏杯（擲筊）、抽籤等民俗。導覽結束後於四十四坎一號店素園藏書進行午茶，由洪德仁理事長、周賢章常務理事、陳猷明監事共同領隊，並向會員說明本會最近進行的業務內容。今年尚有十二月十五日-信義區建築到藝術，此場次請理監事鼓勵年輕會員踴躍報名參加。

四、八月廿二日至卅日請台北市行無礙資源推廣協會安排21位身障訪視員、1位視障訪視員、1位聽障訪視員及1位非身障訪視員至21家參與「113年度友善無障礙診所輔導及認證計畫」診所進行實地訪視，並於九月六日發送訪視後紀錄與建議給上述診所，請診所提供改善照片。已安排於十月十四日召開診所認證審查視訊會議，判定診所是否符合友善認證或金牌認證。

五、八月至九月處理六件會員服務申請書，為診所會員收到法院支付命令疑義案、診所會員接獲台北地檢署違反醫師法刑事傳票疑義案、診所會員與健保署協商自清錯誤申報健保醫療費用疑義案、診所會員接獲臺北國稅局索取各類所得申報扣免繳憑單資料疑義案、診所會員與前診所經營者財務糾紛疑義案、診所會員提起行政訴訟但法院建議會員與健保署及國健署協調疑義案。

六、八月至九月接獲6位會員逝世消息，本會透過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，並提醒於時效內提出申請。

七、八月至九月會員或直系家屬公祭贈花籃計有1件，新開業診所贈盆景祝賀計有4件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

一、八月至九月派員列席醫策會舉辦之醫院評鑑計有五場，為臺安醫院、中國醫藥大學附設醫院臺北分院、協和婦女醫院、仁濟

醫院及臺北市立聯合醫院忠孝院區。感謝璩大成委員、高尚志委員、蔡景耀監事、蕭勝煌常務理事及陳作孝常務理事協助本會列席上述評鑑。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活動，本會關心會員權益和福利等事項。

二、近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有20件。

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位：元)
1.	類胰島素生長因子IGF-1	1,500
2.	身心健康諮詢（每20分鐘）	700
	身心壓力治療（每 40 分鐘）	1,800
	晤談加長費（每加長 10 分鐘）	300
3.	新個人專案手術計畫系統使用費（肩關節置換）	88,000
4.	鼻內藥物投予	800
5.	影像導引經皮微創穿肝膽道取石術	14,000
6.	保險公司病歷查詢費	2,000
	英文診斷證明	1,000
	英文病歷摘要	1,000
7.	調整已核定「自費剖腹生產」	38,000
8.	重覆經顱磁刺激術(rTMS) 新增復健科專科醫師執行	5,000
9.	膀胱內化學藥物灌注溫熱治療	30,000
10.	異常子宮立體超音波	1,800
11.	智能型胰島素幫浦系統使用費用	350
12.	SILK極飛秒雷射屈光手術	79,000
13.	機器手臂介入所需之精準斷面肢體數值成像	12,000
14.	術中光學同調斷層掃描技術	20,000
15.	營養門診體組成分析	600

序號	項目	醫療機構 申請金額 (單位：元)
16.	超音波導引周邊神經注射治療	3,500
17.	尿道下裂顯微手術	30,000
18.	蠕形蟎蟲檢測	500
19.	下鼻甲微創手術（雙側）	12,000
20.	總硫酸吡啶酚酵素結合免疫吸附分析	800
	水凝膠墊片植入手術	50,000

三、醫院總額112年及113年第1季點值對照表 (表一)

基層醫療委員會林召集委員應然

一、以下為中華民國基層醫療協會8月份與本會合辦113年「全民健康保險代謝症候群防治計畫說明暨經驗分享研討會或成人預防保健服務經驗分享研討會」場次：

(一) 成人預防保健（一場）：

- 1.日期：8月7日（三）13:00-15:00
- 2.地點：振興醫院第二醫療大樓5樓國際廳
- 3.合辦單位：本會、振興醫院及士林、北投、石牌、蘆洲、左岸仁愛社區醫療群
會前由洪德仁理事長及羅源彰秘書長頒發感謝狀，林寬佳副院長特別

撥空出席。隨後五位社區醫師分享成人預防保健服務實務與困難，健保署陳愉臻科員解說申請流程及常見錯誤，並提醒核扣費用的申復程序。三家資訊廠商介紹資格查詢與申報操作系統。

(二) 代謝症候群（二場）：

1. 萬芳場次：

- (1) 日期：8月9日（五）13:00-15:00
- (2) 地點：萬芳醫院5樓500會議室
- (3) 合辦單位：本會、萬芳醫院及萬芳1-6區社區醫療群

會前由洪德仁理事長及林應然召委頒發感謝狀，劉燦宏院長、江振源副院長及林英欽主任特別撥空出席參與。陳敏玲醫師介紹診所收案及新制重點；張惠萍理事長分享使用APP計算卡路里促進健康飲食；郭健中醫師介紹虛弱長者的13階段健走計畫，並鼓勵診所與糖尿病中心及教練合作推廣運動；張凱傑醫師說明戒菸收案與衛教服務，並鼓勵參加政府戒菸比賽提升成功率。

表一

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
112年第1季	1~3月	浮動點值	0.8530	0.8938	0.8536	0.9780	0.9288	0.9309	0.9005
		平均點值	0.9319	0.9534	0.9301	0.9855	0.9639	0.9654	0.9476
113年第1季	1~3月	浮動點值	0.8692	0.9115	0.8805	1.0115	0.9130	0.9735	0.9065
		平均點值	0.9338	0.9526	0.9391	0.9967	0.9533	0.9796	0.9501

2. 台安場次：

- (1) 日期：8月28日（三）13:00-15:00
- (2) 地點：臺安醫院健康管理大樓4樓演講廳
- (3) 合辦單位：本會、萬芳醫院及萬芳1-6區社區醫療群

會前由洪德仁理事長及林應然召委頒發感謝狀，黃暉庭院長特別撥空出席參與。張孟源醫師說明113年全民健保代謝症候群防治計畫及獎勵方案的新制調整，透過獎勵機制鼓勵診所參與，並分享了診所收案的實用技巧；紀雪雲教授以健康信念模式解析代謝症候群衛教資源，從問題診斷、資源配套、知道做不到及理論基礎等方面說明，並利用跨理論模式圖展示病人行為改變階段及各階段的必要協助；郭健中醫師介紹健走杖的13階段運動計畫，並鼓勵診所與糖尿病中心及教練合作推動健康運動；張凱傑醫師介紹診所的戒菸收案與衛教服務，並鼓勵患者參加政府戒菸比賽，以提高戒菸成功率。

二、九月二日臺北市政府衛生局召開「臺北健康養成記：代謝防治小尖兵『醫』起合力擊敗代謝症候群」記者會，洪德仁理事長出席並表示臺北市十大死因中超過一半是

慢性疾病，主要為心臟病、腦血管疾病、糖尿病和高血壓，這些疾病早期無明顯症狀但有共通危險因子。為提升健康管理，214家基層診所已加入「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，為20至64歲民眾提供健康管理服務，降低代謝症候群風險。

⇒查詢「臺北健康養成記」系列活動，請扫描下方二维码活動網站或撥打(02)2771-1001。

⇒查詢臺北市代謝症候群特約機構資訊，請至衛生局網站首頁/主題專區/成人保健/「全民健康保險代謝症候群防治計畫特約機構」。

臺北健康養成記 活動網站	臺北市代謝症候群 特約機構資訊
	

三、九月三日與中華民國基層醫療協會召開「臺韓COVID-19交流」座談會，接待韓國監察院官員來訪就「疫情期間臺灣基層醫療作為」進行交流分享。洪德仁理事長、基協林應然理事長及王正旭立委熱情歡迎，並從不同觀點分享防疫期間實務經驗。

洪德仁理事長提到，韓國在2020年採用的車來速檢測模式成為台灣後來的範例。基協林應然理事長強調韓國和台灣面對的挑戰相似，面對面探討異同，更彰顯交流的價值。王正旭立委分享了他擔任基隆市醫

師公會理事長期間，率領醫療院所抗疫的專業經驗。

同時，本會和基協也分別邀請周賢章常務理事及基協劉漢宗副秘書長從公會角度和院所角度，說明台灣在新冠疫情中的挑戰與策略。提及台灣設立篩檢站後，許多基層醫師自願值班，並透過線上遠距診斷應對疫情嚴峻的需求。更提到中央與基層的有效溝通及對民眾宣導正確觀念，對抗假資訊，對我國防疫至關重要。面對Omicron疫情，台北市醫師公會與衛生局合作，建立以基層診所為主的居家照護服務，提供視訊診療、症狀評估及抗病毒藥物治療與轉診服務。以台北市為例，該機制為六十萬市民提供服務，有效分流病患，保存醫學中心的服務量能，成為防疫的重要範例。

四、九月三日洪德仁理事長率周賢章、林應然等常務理事，以及張孟源常務監事，蔡有成、黃集仁、洪佑承、劉漢宗等理事，羅源彰副召委、醫糾李詩應副召委及會務人員前往衛生局拜會。針對「管制用藥教育宣導、醫預法執行成果、通訊診療及在宅急性照護、流感疫苗認證教育、data logger、診所督導考核、醫師執業執照到期提醒」等議題，與衛生局局長及各科科長進行政策及行政溝通協調。

五、訂於十一月十九日舉辦「近期臺灣傳染性疾病防治」線上研討會，邀請疾管署健康服務中心魏欣怡醫師說明近期Mpox與北

部登革熱疫情，也簡介台北市百日咳家庭群聚事件，並說明未來修改方向，請理監事踴躍報名參加。

⇒報名網址：<https://reurl.cc/XRAnze>

六、為提升醫護人員對HPV感染及相關癌症防治策略最新知識，探討HPV疫苗的效力與安全性，並強化疫苗接種服務，以預防HPV相關疾病。特安排於十二月卅日舉辦「113年HPV疫苗接種服務」線上教育訓練，邀請臺大醫院婁培人副院長及馬偕醫院邱南昌醫師分享「HPV感染與相關癌症防治之最新進展及HPV疫苗效力與安全性」，請理監事踴躍報名參加。

⇒報名網址：<https://reurl.cc/yvWokl>

11/19- 近期臺灣傳染性疾病防治 線上研討會報名QR	12/30-「113年 HPV疫苗接種服務」 線上教育訓練報名QR
	

七、協助衛福部、健保署、衛生局及醫師公會全聯會等單位，透過電子郵件、上網公告或紙本發文等方式輔導提醒診所執行醫療業務應注意事項：

(一) 協助轉知醫療院所於113年8月26日前至衛生局「季節性流感疫苗接種登錄系統」及雲端表單填報流感及COVID-19疫苗接種接種名冊及接種意願人數。

⇒113年流感疫苗接種對象包括醫療機

構工作人員（醫事人員及非醫事人員）。自113年起，診所行政人員的接種人數不再有限額，而是依勞健保投保資料認定。

(二) 八月二十三日第二次行文行政院，副知衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署、立法委員王正旭國會辦公室、立法委員王世堅國會辦公室、立法委員吳思瑤國會辦公室、立法委員吳沛憶國會辦公室、中華民國醫師公會全國聯合會等單位，關於建請行政院參照112年點值撥補機制，儘速啟動113年度健保總額各部門點值下降之撥補方案。

(三) 發文民主進步黨中央黨部聲援賴惠員立法委員對於醫療議題的積極推動，請黨部肯定其付出及支持。

(四) 協助轉知衛生局為執行流感、肺炎鏈球菌及COVID-19疫苗等預防接種業務，台北市合約醫療院所協助本市衛生局進行學校、社區、職場設站或到宅接種支援服務，得免逐案報備醫事人力公文。

⇒公文網址：<https://reurl.cc/g6E9EN>

(五) 轉食藥署函知，為強化醫療機構及藥局購買含麻黃素類製劑處方及指示藥品數量之管理，請會員注意下列事項：

1.對於含麻黃素類屬指示藥品部分，

供應量以每人每次購買7日用量為原則；超出7日量者，藥局（房）應取得當事人同意後，設簿冊登載購買者姓名、藥名、批號、連絡方式、購買原因等資料以供查核。

2.針對該類藥品購買量異常之醫療機構及藥局，每月以電郵通知其上游業者電郵轉知該等機構，應注意其購買量之合理性，並避免該類藥品流於非法用途。

(六) 協助輔導480家眼科診所關於臺北區「臺北區西醫基層白內障手術管理專案」指標修改內容案。

(七) 發函輔導113年第2季「關懷名單開啟率未達90%」院所醫師名單共38位，提醒健保署已透過各分區業務組定期回饋用藥異常之案件明細資訊予診所進行自主管理，請院所審慎使用NSAIDs藥物，以照護腎功能異常病患之健康，降低或延緩腎功能惡化。

⇒檔案下載：健保署VPN／院所資料交換區／院所交換檔案下載。⇒院所若有疑問，可電洽健保署費用經辦人員。

(八) 透過電子郵件、上網公告及刊登會刊等，週知會員因違規醫療廣告案件受台北市衛生局裁處態樣及健保特約醫事服務機構違規態樣。

八、西醫基層總額一一三年第一季結算點值：

季別月份	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
第一季 (1~3月)	浮動點值	0.8248	0.8656	0.8975	0.9249	0.8939	1.0516	0.8709
	平均點值	0.8696	0.9044	0.9254	0.9461	0.9269	1.0351	0.9078

九、西醫基層總額一一三年第二季預估點值：

季別月份	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
第一季 (4~6月)	浮動點值	0.8433	0.8912	0.9119	0.9542	0.9120	1.0882	0.8879
	平均點值	0.8790	0.9176	0.9340	0.9632	0.9376	1.0554	0.9190

醫療糾紛委員會簡召集委員志誠

- 一、九月三日拜會臺北市政府衛生局溝通雙方業務合作推動事項，就醫預法施行後，與衛生局合作提供醫療院所處理醫療爭議調解之方式，衛生局同意於年底前與本會一同舉辦醫糾態樣研討會。
- 二、九月廿五日參加產險公會召開意外險委員會專案小組會議，研議將醫預法中關懷項目費用納入醫責險附約保險範圍的可行性。
- 三、將於十一月廿日將與衛生局合辦醫糾態樣研討會，目前正積極向衛生局爭取，將此次研討會認列為調解委員的進階課程。

醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

- 一、第卅二屆杏林獎、第十三屆青年杏林獎已於八月十四日理監事聯席會完成複審，通過35名杏林獎醫師以及22名青年杏林獎醫師，將於十一月十日醫師節大會中予以表揚。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

- 一、九月八日高雄市醫師公會於信誼球場舉辦

「113全國醫師盃高爾夫球錦標賽」，本會派出9名代表參加。參賽組組別為：團體組、長春組、理監事組。團體組榮獲季軍。

- 二、九月廿二日於北醫綜合體育館舉辦113年度羽毛球友誼賽，共計34位會員及眷屬參加。
- 三、九月廿八日、廿九日台南市醫師公會承辦「113年度全國醫師盃桌球錦標賽」，本會推派團體組共27位醫師代表參賽。榮獲青年團體及女子團體組季軍；個人賽方面：張榮興及陳揚勸榮獲90歲雙打冠軍、湯升墉及江建勳榮獲會員雙打季軍、賀培瑄榮獲女子單打季軍等佳績。
- 四、九月廿九日舉辦會員一日遊，地點為新竹-獅頭山風景區-北埔老街-峨嵋湖，共計79名會員及眷屬參加。
- 五、十月十九、廿日將於北榮網球場舉辦113年度網球賽、十一月十七、廿四日於北榮孝威館舉辦113年度籃球賽，歡迎有興趣的理監事報名參加。

社會服務委員會劉召集委員漢宗

- 一、八月廿五日由文山區健康服務中心和臺北市立動物園主辦之祖父母節活動，本會參與協辦設置攤位，並與台北北區扶輪社合作致贈童書推廣親子共讀理念並結合台大醫療團隊進行器官捐贈宣導。
- 二、九月十五日起至十月十五日止，受理本年度醫學生獎助學金申請，歡迎各位理監事鼓勵符合資格的醫學生，踴躍提出申請。
- 三、十月五日協辦中華民國腦麻協會活動舉辦之世界腦麻日活動，將擺設攤進行控制血壓衛教宣導，醫婦會幹部成員也發起義賣小物攤位，將當日義賣所得全數捐給主辦單位，歡迎大家共襄盛舉。
- 四、將於十月十二日協辦由財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心主辦之2024第11屆公益路跑活動。

公關委員會高召集委員尚志

- 一、七十九週年醫師節慶祝大會將於十一月十日晚上六時在大直典華舉行，歡迎各位理監事伉儷偕同出席。今年主持人安排新光醫院張瑞廷醫師和林姝含醫師共同主持，希望培養一些新血。
- 二、日本愛知縣精神病院協會將於十一月廿三日共計14人來訪，想了解台灣的精神科病人需要外勞照護的人數以及目前的現況，提請理事會討論是否同意接待。

編輯委員會陳召集委員彥元

- 一、本年度九月份會刊封面作者為吳國鈞醫

師，主題為河濱公園：「黃昏時分來到古亭河濱公園，愛心圓有著藍天的眷戀、夕彩的依偎，雖無情侶的邂逅，暮靄中，應不寂寞。」十月份會刊封面作者為謝霖芬醫師，主題為十月慶典之夜：「十月慶典之夜，細雨濛濛，天空呈現一片藍調；凱道上，車水馬龍，在慢速度快門下，呈現黃色、紅色的長長線條；金黃色的燈飾，點綴著總統府、牌樓及景福樓，燦爛輝煌，也象徵著國運昌隆。」

- 二、感謝各位理監事，每期輪流提供會刊「理監事專欄」稿件，敬請各位持續協助提供適合會員閱讀之文章，內容形式不拘，可為近期時事、相關法規提醒，亦可分享休閒性或學術性文章。

性騷擾申訴處理委員會洪召集委員德仁

- 一、九月十一日舉辦「性騷擾防治法系列」線上研討會，由國防醫學院醫學系教授、副系主任及三軍總醫院師資培育科主任王志嘉教授以「醫療場域的性騷擾-兼論跟蹤騷擾防制法」為主題，透過實際新聞事件為案例，分析了侵犯性自主權的多元類型，醫病間常見性騷擾爭議，以及性騷擾防治法和跟蹤騷擾防制法之差異，研討會於下午二時三十分結束。

陳執行長彥元

- 一、八月份會員動態：入會470人、變更161人、停業36人、復業36人、退會147人、死亡3人；開業醫師1,954人、服務醫師

9,929人、停業343人，共計12,226人。

二、一一三年八月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

「醫療永續發展研究小組（智庫）」洪召集人德仁

一、台北市醫師公會智庫與立法委員王正旭國會辦公室分別於八月卅日、九月廿七日召開第九次與第十次會議業務研討聯席會議，由周賢章智庫執行長主持，於前次理監事會議後討論及辦理事項簡述如下：

- (一) 針對台北分區健保點值低落問題，運作113年點值撥補事宜。
- (二) 針對《全民健康保險法》第六十二條不修正後，對醫界造成影響之兩項附帶決議於國會平台持續關切協調健保署與國稅局針對C5案件之醫療費用收入免納所得稅，自動更正退稅案。
- (三) 持續處理「西醫基層診所藥事人員藥事服務費點值調升」、「113年度西醫師執行業務者費用標準調整」案。
- (四) 安排《醫療事故預防及爭議處理法》與產險公會討論醫療責任保單調整因應相關事宜。

二、八月廿一日拜會衛生福利部邱泰源部長陳情有關臺北分區點值低落問題。由我與周賢章常務理事偕同新北市醫師公會顏鴻順理事長、台灣家庭醫學醫學會黃振國理事長、基隆市醫師公會王俊傑理事長及宜蘭縣醫師公會林旺枝理事長共同遞交陳情

書，具體訴求：(1)精準管理，齊一審查共識，為達同工同酬，建議基層「全國一區同一點值，統一管理」，保障東區、離島之點值，醫院保障急、重、難、罕症之點值。(2)建議健保署應儘速啟動113年點值撥補方案。

三、九月十三日智庫邀集台北分區（台北市、新北市、基隆市、宜蘭縣）及台灣家庭家庭醫學會、中華民國基層醫療協會理事長共同拜會民進黨團，建請研議透過去年已由蔡英文前總統挹注之200億健保基金，參照112年點值撥補機制，啟動本年度健保總額各部門點值下降撥補方案。

四、九月十四日舉辦「藥事議題研討會」，感謝邱泰源部長（視訊）、王正旭委員、健保署台北業務組李純馥組長與會指導，台北市各級醫院醫師與藥事專家共33位出席，就健保署處方箋標示新制案、藥價議題對各層級醫院可能造成之影響、藥事人力供給及合理分配、藥事人員合理調劑量調整、社區藥局因故無法配合調劑等五大議題進行討論。會議初步結論：

- (1) 處方箋新制於牙科辦理影響較小，但若擴大辦理恐有疑慮，此制度對節省健保費用有優勢，但制度推行前應確保病人用藥安全並釐清相關責任。
- (2) 現行健保總額的框架下，僅消弭藥價差將影響醫院的生存。建議政府配套調整其他支付標準、增加醫事人員專業加給應逐步調整改善。

(3) 醫院藥師任務複雜、薪資誘因不足致使聘請人力困難，政府應從教育、考照制度全盤考量，建議藥師於醫院接受PGY兩年期訓練。

(4) 兒科磨粉作業流程複雜，調劑費與一般藥品調劑費相同，可能降低藥局接處方意願。

智庫將以本次討論內容為基礎，持續研討以醞釀後續政策倡議。

五、九月廿五日參與產險公會召開之意外險委員會專案小組會議，由周迺寬常務理事、林應然常務理事代表出席，與產物保險業者討論醫預法規定之關懷項目納入醫責險附約或獨立開發新保單，會議結論保險業者需再蒐集相關資料後評估。

六、智庫針對近期重要議題安排講座，歡迎理監事報名參加：

(1) 10月16日-長庚醫院推動生物相似藥經驗分享，報名網址：<https://forms.gle/rZrvUPFeUDmd7tSG7>

(2) 10月21日-產後母嬰同室研討會，報名

網址：<https://reurl.cc/kyoN1K>

(3) 10月28日-臺北榮總數位轉型的經驗分享，報名網址：<https://forms.gle/NejGq18xtbwyHjeJ6>

(4) 11月13日-助產師得使命與實務研討會，報名網址：<https://reurl.cc/93no8a>

(5) 11月25日-健康台灣的願景與展望，報名網址：<https://forms.gle/T8UALR638zzjfXtn8>

七、九月卅日與財團法人中華法學研究院、中華法學會假司法院三樓大禮堂合辦「司法Vs.醫療專題系列：心悸的解析與管理」健康講座，台北長庚醫院兒科程劭文主任也以精闢簡短的方式介紹親子共讀的長期效益，倡導安全的關係、穩定的陪伴以及情感的養育對兒童的重要性。

購屋評估小組劉召集人秀雯

本會購買安敦國際大樓十六樓會館目前進度說明如下表，另，有關與同樓層（29號）公用水費分算，則由小組全權處理。（表二）

表二

日期	說明
8月21日	一、完稅/過戶完成。 二、收到所有權人為台北市醫師公會之權狀、謄本電子檔。
8月26日	一、收到郭淑惠女士(屋主蔣先生母親)存證信函，主張物件是借名登記，蔣先生無權處分該物件。 二、將存證信函轉傳給仲介吳經理、朱代書、林代書。 三、本會委請仲介方高力國際公司陳哲瑋律師代為撰寫回覆給郭淑惠女士存證信內文。
8月29日	陳哲瑋律師代為撰寫回覆給郭淑惠女士存證信之內文，經洪德仁理事長、劉秀雯監事長、周賢章常務理事、張孟源常務監事修改確認後寄出。

日期	說 明												
9月6日	第20屆第8次購屋評估小組會議，決議： 一、通過已執行事項及「購屋至交屋預估時程表」。 <table border="1"> <tr> <td>9月25日</td><td>淨空點交日（由劉監事長和周賢章常務理事代表點交，安排購屋評估小組委員、會務人員分批看屋） 支付第二期款10%+貸款不足額10%匯入履保專戶+玉山撥款70%代償塗銷，餘額匯入履保信託專戶（所有權人：公會/抵押權：玉山銀行新貸款）</td></tr> <tr> <td>10月4日</td><td>交屋日（權狀正本交予公會，履保信託專戶同時匯款給屋主）</td></tr> <tr> <td>10月7日~10月11日</td><td>擇日召開理事長、監事長、會務人員共識會議</td></tr> <tr> <td>10月21日~10月25日</td><td>擇日召開購屋評估小組會議（請委員推薦室內設計師）</td></tr> <tr> <td>11月底前</td><td>請設計師提供設計圖及預估經費供購屋評估小組委員篩選，並提12月理監事聯席會再審議</td></tr> <tr> <td>12月</td><td>貸款後三個月塗銷設定</td></tr> </table> 二、有關屋主蔣後元先生令堂郭淑惠女士寄來的存證信函，委請仲介方高力國際公司陳哲瑋律師代為處理回覆，經理事長及監事長詳加說明後，取得與會者共識。 三、請仲介吳經理安排9月25日淨空點交，為配合各委員時間為12:00~14:00，該時段請吳經理務必在場。 四、購屋小組委員和公會會務同仁若有接獲屋主蔣後元先生令堂郭淑惠女士來電或至公會，可告知已於8月29日回覆存證信函至郭女士住所，一切請參閱本會函覆之存證信函。	9月25日	淨空點交日（由劉監事長和周賢章常務理事代表點交，安排購屋評估小組委員、會務人員分批看屋） 支付第二期款10%+貸款不足額10%匯入履保專戶+玉山撥款70%代償塗銷，餘額匯入履保信託專戶（所有權人：公會/抵押權：玉山銀行新貸款）	10月4日	交屋日（權狀正本交予公會，履保信託專戶同時匯款給屋主）	10月7日~10月11日	擇日召開理事長、監事長、會務人員共識會議	10月21日~10月25日	擇日召開購屋評估小組會議（請委員推薦室內設計師）	11月底前	請設計師提供設計圖及預估經費供購屋評估小組委員篩選，並提12月理監事聯席會再審議	12月	貸款後三個月塗銷設定
9月25日	淨空點交日（由劉監事長和周賢章常務理事代表點交，安排購屋評估小組委員、會務人員分批看屋） 支付第二期款10%+貸款不足額10%匯入履保專戶+玉山撥款70%代償塗銷，餘額匯入履保信託專戶（所有權人：公會/抵押權：玉山銀行新貸款）												
10月4日	交屋日（權狀正本交予公會，履保信託專戶同時匯款給屋主）												
10月7日~10月11日	擇日召開理事長、監事長、會務人員共識會議												
10月21日~10月25日	擇日召開購屋評估小組會議（請委員推薦室內設計師）												
11月底前	請設計師提供設計圖及預估經費供購屋評估小組委員篩選，並提12月理監事聯席會再審議												
12月	貸款後三個月塗銷設定												
9月23日	13:00周賢章常務理事、張孟源常務監事、黃國欽理事、陳彥元執行長、玉琴、怡璇、玫娟三位會務人員共同與仲介吳經理勘察新會館。												
9月25日	10:30劉秀雯監事長、玉琴、石琴、惠怡、海華四位會務人員共同前往與仲介吳經理淨空驗屋。 13:00周迺寬常務理事與仲介吳經理淨空驗屋。 16:00周賢章常務理事、孫維仁委員、玉琴、石琴、芝馨、胤均、四位會務人員共同前往與仲介吳經理淨空驗屋。												
9月26日	一、玉山銀行撥款16,000萬至國泰世華銀行代償。 二、公會匯4,623萬至履保專戶（用印款2,347萬+尾款差額2,276萬）。												
9月30日	14:00理事長、周賢章常務理事、執行長與會務人員溝通新會館空間需求事宜，大家提出數點新會館的空間規劃及注意事項。												
10月3日	召開第九次購屋評估小組視訊會議。決議： 一、通過「新會館會務人員建議之空間規劃及注意事項」（見附件）。 二、將第九次購屋評估小組會議記錄完成後mail給委員，請各委員於10月11日17:00前推薦設計團隊，每位委員以推薦一個團隊為限。 三、預計10月14日~10月18日該週安排統一兩個時間，讓有意願的設計團隊前往新會館進行勘查及測量設計，並提供本會需求供參考（預估設計規劃及估價時間約為10至14天） 四、預計10月28日~11月1日這週召開小組會議，進行甄選設計文案及團隊。 五、確定設計團隊後，11月初再召開會議研討與該團隊就設計、規劃、工程時程、經費等細節詳議及議價協商等。 六、修訂「授權同意書」內容（見附件）。												
10月4日	下午2:00交屋。												

二、討論事項

- (一) 建請同意醫院醫療委員會使用本會預備金，支應衛生局新增自費項目案件-專家意見費案。【侯明志常務理事提】

決議：通過於預備金項下提撥3萬元支應醫院醫療委員會「衛生局新增自費項目案件-專家意見費」。

- (二) 請研討編印本會八十周年紀念刊物案。
【洪德仁理事長提】

決議：由編輯委員會成立工作小組，並請台灣歷史學會協助蒐集本會成立的歷史脈絡，共同討論，編印八十周年紀念刊物。

- (三) 請再研議修訂會務人員管理辦法第五條第二款、第十六條、第卅七條第一款條文案。【洪德仁理事長提】

決議：通過修訂會務人員管理辦法第五條第二款、第十六條、第卅七條第一款條文。

- (四) 請研討會務工作人員自一一四年一月起調薪3%案。【洪德仁理事長提】

決議：1.通過自一一四年一月起調薪3%本俸薪給。
2.往後比照公務人員調薪（本俸），以簽呈方式由理事長簽核後於理事會報告。

- (五) 施玉琴總幹事申請退休案。【洪德仁理事長提】

決議：1.通過施玉琴總幹事於十二月卅一日退休，協商明年以非總幹事身分協助新

會館搬遷等事宜。

- 2.由業務組陳怡璇組長升任總幹事、總務組范石琴組長升任副總幹事兼業務組組長。

- (六) 請研討於醫療永續發展小組（智庫）中設置女性醫師小組試辦案。【洪德仁理事長提】

決議：通過於醫療永續發展小組成立女性醫師小組，由榮總楊盈盈主任擔任召集委員，除本會女性理監事擔任委員外，透過管道徵求小組委員。

- (七) 請研討王中原醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過王中原醫師申請復權。

三、臨時動議

- (一) 請研討是否接待日本愛知縣精神科病院協會來訪案。【高尚志召委提】

決議：建請該協會洽詢更適合與精神科互動的單位接待，如有需要本會在台北市轄區內協助安排，再行告知。

- (二) 請研討財團法人犯罪被害人保護協會臺灣台北分會與本會合作推動「醫警守護」司法保護醫療關懷聯盟實施計畫案。【洪德仁理事長提】

決議：1.通過與財團法人犯罪被害人保護協會臺灣台北分會合作推動「醫警守護」司法保護醫療關懷聯盟實施計畫。

- 2.適時向犯保協會建議由內政部編列經費，於合乎條件的犯罪被害人健保卡

上身份註記，免除部分負擔。

(三) 請研討如何配合「杏林春暖基金會」針對醫護人員發生醫療糾紛需要賠償時與給予補助案。

決議：1.申請以台北市醫、護人員為對象，依訂定流程填寫「杏林春暖基金會醫糾關懷補助款」申請表，由公會理事長和醫療糾紛委員會召委、副召委初審相關文件，符合申請規定，通過初審後，再送交基金會複審。

2.基金會針對個案及財務狀況決定補助金額。

3.台北市以外縣市之醫護人員可直接向基金會申請。

(四) 建請同意福利康樂委員會將會員旅遊項下部分預算挪到全國盃桌球賽項下使用案。

決議：通過會員旅遊項下預算55,000元支應全國盃桌球賽選手差旅費。

四、散會：下午2:40。🇹🇼



駐診醫師—臺灣基隆地方法院 112年度勞訴字第3號民事判決評析

¹衛生福利部雙和醫院 ²臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部

吳景義¹ 葛 謹²

前言

合理門診量：1995年1月1日成立「中央健康保險局」（2013年7月23日改組為「衛生福利部中央健康保險署」），同年3月1日，實施全民健康保險制度，2001年元月1日起，為提高醫療品質，實施「合理門診量」，醫界與民間社團因觀點不同，贊成與保留意見紛陳¹⁻²，中央健康保險局亦會實地訪查診所，抽查看診醫師的病歷，維護基層醫療的品質³。2015年2月1日起實施「西醫基層合理門診量新制」，新制與原制不同之處：(1)新制第一階段增加5人（由1-25人改為1-30人）；(2)第二階段增加5人（26-30人改為31-40人）；(3)第五階段減少10人（71-150人改為81-150人）；(4)第五階段點數由90點調整為約70點，其餘階段人數及點數與原制相同。2024年中央健康保險署亦宣告：將導入AI進行病人風險分級，低風險者應該下轉，重新啟動大型醫院門診減量措施，並且訂出下轉目標；但也要討論出合理的下轉規範，避免齊頭式平等，至於是否會沿用一年下降2%標準，來落實分級醫療，值得重視⁴。醫者認為：提高醫療品質除分級醫療外，應仿效英國、加拿大等國家的保險制度，建立嚴格的轉診制度。目前的制度只改變了申報診察費的內容，基本上只是醫院與健保署間的內部作業，跟民眾看病行為及方式無關。因此業務量大的基層醫療診所，自然有增加專任醫師的需求，進而刊登人力銀行，徵求駐診醫師。⁵

經過

2022年7月7日，甲醫師透過人力銀行應徵，經由乙面試錄用，受僱於丙為負責醫師之診所（丙診所），擔任駐診醫師；雙方約定：「甲每週出診9節（上午8時30分至12時、下午3時至6時、下午7時至9時30分），每小時薪資新臺幣2,500元。」甲因遲未依規辦理醫師執業登記，丙診所遂於同年7月14日終止兩造間之駐診勞務契約。

甲醫師主張：(1)丙診所單方終止系爭駐診勞務契約，違反勞動基準法與兩造間有關底薪保障之約定；(2)丙診所未給付甲駐診服務報酬（勞務報酬）、超時加班工資、例假日出勤工資以及資遣費；(3)甲本於勞動基準法、駐診勞務契約與兩造間有關底薪保障之約定，請求丙診所給付：(1)2022年7月之保障底薪250,000元；(2)懲罰性違約金3,000,000元；(3)資遣費20,833元；(4)超時加班工資1,663元；(5)例假日出勤工資25,325元；(6)合計3,297,821元。

爭執1：本案誰是甲醫師之雇主？

甲醫師主張：(1)甲係經由乙面試錄用，方受僱於丙診所擔任駐診醫師，故乙亦為雇主。

丙診所主張：(1)乙與丙為夫妻，乙非丙診所之合夥事業人。(2)乙「面試錄用」甲，乃基於「丙代理人」之身分而為，故其錄取甲乃至與甲締結駐診勞務契約，均係就「丙診所代理關係」發生法律效力。(3)駐診勞務契約

之締約當事人，僅止「甲與丙診所」。

法院心證：(1)民法第103條：「(第1項)代理人於代理權限內，以本人名義所為之意思表示，直接對本人發生效力。(第2項)前項規定，於應向本人為意思表示，而向其代理人為之者，準用之。」(2)甲既經由乙(代理人)面試錄用，受僱於丙診所為駐診醫師，則甲之雇主當係丙診所無疑。

爭執2：兩造有無「保障薪資」與「懲罰性違約金」之約定？

甲醫師主張：兩造有「保障薪資」與「懲罰性違約金」之約定，並提出影本。

丙診所主張：(1)丙診所為協助甲辦理醫師執業登記，僅曾出具「蓋用『丙診所』、『丙醫師』、『乙』印文並繕打『駐診勞務約定』」之紙本」交付甲收執。(2)丙診所交付之紙本，並無「合約標題」、「底薪、違約金特約」、「辦照約定」等文字註記)。(3)否認甲醫師影本之形式真正。

法院心證：(1)兩造各執乙詞，本院遂命甲提出「原本」以供比對，甲推稱：「丙診所並未交付『原本』故其無從提出『原本』！」(2)丙交付紙本之目的，係為協助完備其「醫師執業登記」，客觀以言，丙絕無吝於交付「原本」而僅願提供「影本」之理。(3)甲推稱「未交付『原本』」，令人匪思而屬可疑。(4)細繹兩造俱無爭執之「駐診勞務約定」，其內容明載「甲之看診節數與其每節時薪，以及『甲每日結算工時向丙診所領現』等語」，

則「甲駐診之勞務對價(駐診報酬)」顯然並「非」定額，而係「實做實算」。(5)互參對照，影本有關「合約標題」與「底薪、違約金特約」之文句敘載(7月定額250,000元)，已與兩造俱無爭執之「駐診勞務約定」(實做實算)互為扞格而難併存。(6)縱捨上開矛盾不論，回歸兩造俱無爭執之事實，「甲7月薪資250,000元」之前提，必須「7月駐診時數達100小時」(計算式：250,000元÷每小時2,500元=100小時)。(7)甲既於2022年7月7日方始到職，縱其此後每日看診3節(9小時)、每週看診3天(即每週看診9節)，其於7月之駐診時數最多僅止81小時(計算式：9小時×3天×3週=81小時)。(8)就令至愚之人，亦不可能「明知7月駐診時數難以達標(不可能看診100小時)」，猶合意約定給付「250,000元之勞務報酬」，遑論智識程度遠較常人為優之本件兩造(兩造均係醫師)！(9)參互勾稽，益見影本所載「合約標題」、「底薪、違約金特約」等內容，在在荒謬且反於真實。

爭執3：丙診所人力銀行之徵才訊息有「月薪250,000元至450,000元」，是否視為確曾允以「底薪保障」？

甲醫師主張：應視為確曾允以「底薪保障」。

丙診所主張：依合約約定為「實做實算」，並非「底薪保障」。

法院心證：(1)人力銀行所刊登之「給薪範圍」，原無礙於「實做實算」之個案約

定。(2)求職者個月薪資數額能否達該「給薪範圍」，回歸求職者提供勞務從而獲取對價之本質，仍應視其「實際看診節數與其約定之時薪」而定。(3)人力銀行刊登之「給薪範圍」，與所謂「有無底薪保障之約定」無關。

爭執4：駐診醫師是否適用勞動基準法？

甲醫師主張：駐診勞務契約應適用勞動基準法。丙診所應依勞動基準法之規定，給付資遣費、超時加班工資、例假日出勤工資。

丙診所主張：(1)終止兩造間駐診勞務契約，因甲曾任診所院長，先前有刑事犯罪。(2)甲又遲未依規辦理醫師執業登記。(3)「駐診醫師」業經勞動部公告不適用勞基法之行業。(4)駐診勞務契約無勞基法之適用，故甲不得請求資遣費、超時加班工資或例假日出勤工資。

法院心證：(1)行政院衛生署（2013年7月23日改組為衛生福利部）1989年11月8日衛署醫字第900817號函：「有關醫療保健服務業，其服務對象為病人，其不單為勞資關係，尚涉及醫師與病人關係，且其工作條件、工作環境、工作時數，與一般行業有別，恒具特殊性，對適用勞基法之規定，有極度困難，且其負面影響將大於正面。因此，醫療保健服務業目前應不適宜納入勞基法之適用行業範圍。」(2)行政院勞工委員會（2014年2月17日升格改制為「勞動部」）先後以1997年9月1日（86）勞動一字第037287號函、2004年10月11日勞動一字第0930050332號函，公告「醫

療保健服務業之醫師，其勞雇關係不適用勞基法之規定」；(3)勞動部2019年3月12日勞動條1字第1080130207號公告：「依據勞基法第3條第3項規定，訂定『醫療保健服務業僱用之住院醫師（不包括公立醫療院所依公務人員法制進用者）適用勞基法』，並自2019年9月1日生效」；(4)所稱住院醫師，專指依醫師法第7條之1授權訂定之專科醫師之分科及甄審辦法或醫療法第18條第2項規定，接受畢業後綜合臨床醫學訓練（一般醫學訓練）、專科醫師訓練或負責醫師訓練之醫師、牙醫師及中醫師。(4)甲任職於「丙診所」之駐診醫師，而「非」專科醫師之分科及甄審辦法或醫療法第18條第2項規定之「住院醫師」。(5)甲所從事之工作，當屬「業經主管機關公告指定為『不適用勞基法』之行業或工作」無疑，兩造間之駐診勞務契約，原應「排除」勞基法之適用；(6)甲主張終止駐診勞務契約，違反勞基法之相關規定，請求給付資遣費、超時加班工資、例假日出勤工資，俱欠根據而無可取。

爭執5：丙診所單方終止駐診勞務契約，是否適法？

法院心證：(1)駐診勞務契約「排除」勞基法之適用。(2)民法第482條：「稱僱傭者，謂當事人約定，一方於一定或不定之期限內為他方服勞務，他方給付報酬之契約。」(3)民法第488條：「（第1項）僱傭定有期限者，其僱傭關係，於期限屆滿時消滅。（第2項）僱傭未定期限，亦不能依勞務之性質或目的定

其期限者，各當事人得隨時終止契約。但有利於受僱人之習慣者，從其習慣。」(4)除非兩造別有其他約定，否則，兩造中之任何一方，均可「不附理由」、「不問有無歸責事由」，「隨時」就他方終止該等「未定期限」之僱傭契約。(5)丙診所於2022年7月14日單方終止駐診勞務契約，無論其所憑由為何，均屬雇主一方適法之權利行使而無責。

爭執6：丙診所應給付甲醫師若干駐診報酬？

甲醫師主張：(1)2022年7月之保障底薪250,000元；(2)懲罰性違約金3,000,000元；(3)資遣費20,833元；(4)超時加班工資1,663元；(5)例假日出勤工資25,325元；(6)合計3,297,821元。

丙診所主張：駐診報酬均已給付。

法院心證：(1)丙診所抗辯「其已如數核給駐診報酬」，然甲悉予否認。(2)丙診所不能提出任何客觀根據，佐證「報酬已付」。(3)回歸舉證責任分配之相同法理，應逕認有關「報酬已付」之抗辯俱非可取。(4)依所列駐診時數與計薪方式，核算應付薪資總計76,250元（計算式：21,250元+13,750元+8,750元+16,250元+16,250元=76,250元）。(5)請求給付資遣費20,833元、超時加班工資1,663元、例假日出勤工資25,325元、7月底薪250,000元、懲罰金違約金3,000,000元，俱欠根據，為無理由。(6)甲可請求給付其駐診報酬合計76,250元。

法院判決

地方法院：「丙診所應給付甲新臺幣76,250元。甲其餘之訴駁回。」⁶

討論

繼續教育：行政院衛生署於1988年6月29日發布「專科醫師分科及甄審辦法」，專科醫師即開始應於換證照期限內（一般為3-6年），取得「繼續教育積分」，專科醫師證書方可繼續有效；2013年7月1日衛生署再發布「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」，除繼續教育擴及所有醫事人員，亦將執業登記及繼續教育結合，依該辦法第19條：「第十三條第一項第一款所定繼續教育積分，於專科醫師，依專科醫師分科及甄審辦法之規定。」因此，依「專科醫師分科及甄審辦法」第12條：「前條第一項第五款所定專科醫師證書有效期限之展延條件，應斟酌各科特性訂定，並包括參加左列學術活動或繼續教育之最低標準：一、參加衛生主管機關、醫學院、教學醫院及相關醫學會辦理之繼續教育課程。二、參加國內外相關專科學術研討會。三、擔任臨床教學工作或專題演講。四、於醫學雜誌發表醫學論著。」甲醫師為駐診醫師，依據「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」，於換證照期限內（一般為3-6年），取得足夠的「繼續教育積分」為份內之事，應該無困難。

執業登記：依據「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第2條：「本辦法所稱醫事人員，指醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑

生、護理師、護士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫事放射師、醫事放射士、營養師、助產師、助產士、心理師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師及牙體技術生、驗光師及驗光生。」同辦法第3條：「領有醫事人員證書，且未有各該醫事人員法律所定不得發給執業執照情形之一者，得申請醫事人員執業登記。」所謂「不得發給執業執照情形」應係指：(1)繼續教育積分不足：依據「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第13條：「(第1項)醫事人員執業，應接受下列課程之繼續教育：一、專業課程。二、專業品質。三、專業倫理。四、專業相關法規。(第2項)醫事人員每六年應完成前項繼續教育課程之積分數(醫師120點)。」(2)醫師受有刑罰或懲戒罰：依醫師法第25-1條：「醫師懲戒之方式如下：一、警告。二、命接受額外之一定時數繼續教育或臨床進修。三、限制執業範圍或停業(professional suspension)一個月以上一年以下。四、廢止執業執照。五、廢止醫師證書。」本案甲醫師若非繼續教育課程積分數(醫師120點)不足，則似在其他縣市受有相當處分，尚未執行完竣，因而無法順利完成執業登記。⁷⁻⁸

保障工作權：終止勞動契約攸關勞工工作權，是勞動爭議事件中最重要之課題。早期司法實務與行政機關似認為只要符合勞動基準法第11條所列五款資遣事由，即可主動資遣勞工，20世紀末臺灣學界開始思索先進各國立法

例及處理經驗，民法第488條雖明文規定未定期限之僱傭契約，雙方當事人原則上隨時皆可終止契約，但勞動基準法第11條限制雇主隨意終止契約之權限，進一步保障勞工工作權，終止勞動契約，解僱勞工應適用「最後手段性原則」⁹⁻¹⁶，所謂最後手段性原則，亦即雇主除了符合勞基法資遣要件之外，尚有必須注意之要件或要素。最高法院判決：「雇主資遣勞工，必以其無從繼續雇用勞工，符合解僱最後手段性原則為限，始得為之，以保障勞工權益，倘尚有其他途徑可為，即不應採取終止契約之方式為之。¹⁷」

勞動基準法：我國於1984年7月30日公布「勞動基準法」全文86條，該法第11條：「非有左列情事之一者，雇主不得預告勞工終止勞動契約：一、歇業或轉讓時。二、虧損或業務緊縮時。三、不可抗力暫停工作在一個月以上時。四、業務性質變更，有減少勞工之必要，又無適當工作可供安置時。五、勞工對於所擔任之工作確不能勝任時。」由於「駐診醫師」並非「住院醫師」，不適用「勞動基準法」之「最後手段性原則」，因此丙診所立即「終止勞動契約」，尚非法所不許。

不予特約：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第4條：「申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，不予特約：一、違反醫事法令，受停業處分期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。二、違反全民健康保險(以下稱本保險)有關法令，經停止特約(以下稱停約)或終止特約，期間未屆滿，

或受罰鍰處分未繳清。三、與保險人有未結案件，且拒絕配合辦結。四、對保險人負有債務未結清，且不同意由保險人於應支付之醫療費用中扣抵。五、負責醫事人員因罹患疾病，經保險人實地訪查，並請相關專科醫師認定有不能執行業務之情事。六、負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新。七、容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。」本案丙醫師為負責醫師，若容留受違約處分，負有行為責任尚未完成執行之醫事人員，則可能另有不予特約的處分，既然甲醫師無法辦理「執業登記」，立即終止甲醫師駐診契約，似為可行的「減損之道」。

影本證據力：民事訴訟法第352條第2項：「私文書應提出其原本。但僅因文書之效力或解釋有爭執者，得提出繕本或影本。」同法第353條第1項：「法院得命提出文書之原本。」同法第353條第2項：「不從前項之命提出原本或不能提出者，法院依其自由心證斷定該文書繕本或影本之證據力。」同法第357條：「私文書應由舉證人證其真正。但他造於其真正無爭執者，不在此限。」最高法院民事判決：「當事人提出之私文書，必先證其真正，始有形式之證據力。如他造否認該提出之私文書繕本或影本，或爭執其內容之記載，在舉證人提出原本前，不認該繕本或影本有何形式之證據力。¹⁸」本案(1)丙診所否認影本之形式真正。(2)甲亦未遵諭提出「原本」以供比對。(3)法院審認「系爭影本有關『合約標題』、『底

薪、違約金特約』之內容可疑」。(4)因認影本暨其所載內容，一概不得恃為憑以認定證據。

結語

懲戒公開：1975年9月5日，依據醫師法第25條之二第六項規定訂定「醫師懲戒辦法」全文21條，2002年10月9日修正發布全文25條，該辦法第22條：「主管機關執行醫師懲戒委員會、醫師懲戒覆審委員會之懲戒決議，應將執行命令及決議書刊登公報，副本並分送其所屬醫師公會。」理論上，各縣市政府公報會不定期刊登「醫師懲戒決議書」，副本亦會分送其所屬醫師公會。

參考文獻

1. 張苙雲：台灣醫療改革基金會呼籲民眾和醫界人士，支持合理門診量制度，提升台灣醫療品質。中國時報 2000/12/30。(https://www.thrf.org.tw/archive/219) 2024/12/20 visited.
2. 當代醫學：本社－合理門診量之爭論。當代醫學 2001；329：175.
3. 蔡甫昌，楊哲銘：醫師未實際看診而申報醫療費用之倫理法律問題(The Ethical and Legal Problems Concerning Medical Reimbursement)。台灣醫學 2003；7(6)：909-13.
4. 石崇良：大醫院「門診減量」今年底重啟！ETtoday健康雲，2024/6/11。(https://health.ettoday.net/news/2755983#ixzz8uw20dd5n)

- 2024/12/20 visited.
5. 王英明：合理門診量有助於醫療品質嗎？(<http://www.dryahoo.org.tw/>) 2024/12/20 visited.
 6. 臺灣基隆地方法院112年度勞訴字第3號民事判決（勞工法庭，2023年4月28日）。
 7. 臺灣臺北地方法院109年度訴字第848及1145號刑事判決（刑事第十二庭，2021年4月6日）。
 8. 臺中高等行政法院111年度訴字第80號判決（2022年8月31日）。
 9. 林更盛：評台北地院86年度勞訴字第54號判決—解雇之最後手段性原則。律師雜誌 2000；245：98-104.
 10. 邱駿彥：勞動契約終止及預告之法律問題探討(An Approach to the Legal Problems of the Termination and Fore notice of the Labor Contract)。華岡法粹 2005；34：119-40.
 11. 陳建文：個別勞動法—精選判決評釋(Individual labor law)。臺北市，元照；2018.
 12. 郭玲惠。勞動訴訟實務(Litigation guidance on labor dispute cases)。臺北市，元照；2020.
 13. 侯岳宏：不當勞動行為法理之研究(Jurisprudence of unfair labor practice)。臺北市，元照；2021.
 14. 焦興鎧：集體勞動法。臺北市，新學林；2019.
 15. 蔡信章：勞動法隨觀(A brief viewing on labor law)。第三版，臺北市，翰蘆圖書；2021.
 16. 汪珮渲，葛謹：最後手段—最高法院108年度台上字第2501號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊 2022：66(1)：33-8.
 17. 最高法院106年度台上字第2648號民事判決（最高法院民事第五庭，2017年12月13日）。
 18. 最高法院93年度台上字第1210號民事判決。🇹🇼



人工智慧在醫學領域的應用——以心電圖應用為例

¹國防醫學院 生命科學研究所 ²三軍總醫院 家庭醫學科

陳楷傑¹ 方文輝²

前言

近年來隨著人工智慧(Artificial Intelligence, AI)的進步，特別是OpenAI在2022年11月推出ChatGPT，使AI技術更迎來了一個新的高峰。醫學領域是其中一個最引人矚目的範疇，其影響廣泛且多元。AI基於大數據和機器學習能力，能夠從龐大的醫療數據中提取關鍵信息，協助醫生更精確地診斷疾病。這種技術不僅節省了診斷時間，也提供了更早期、更精準的診斷，從而改善了治療效果。總體而言，AI在醫學領域的應用不僅改變了診斷和治療的方式，還推動了醫療系統的革新和升級。它為醫護人員提供了更多工具和資源，也讓病人能夠享受到更高品質、更個性化的醫療服務。這種技術的不斷進步無疑將為未來的醫學帶來更多創新和進步。在這篇文章中，將深入探討AI的發展、技術背後的原理以及其在醫學領域相關應用。

AI發展史

1. 起源(1950-1960)：

人工智慧名詞於1956年達特茅斯會議(Dartmouth workshop)人工智慧研究計畫中提出¹，這個時期人們對於機器是否能模擬人類智能產生了激烈的興趣，以圖靈(Alan Turing)提出的圖靈測試最為著名，若一台機器與人類對話且無法被辨識出其機器身份，則可視該機器具備智慧，給予了「智慧」明確的定義。

2. 知識推理和專家系統(1960-1990)：

這時期的人工智慧以「真」和「假」來理解，應用面向主要集中在代數和數學證明。

簡而言之，電腦透過各種演算法將輸入與輸出資料中尋找最佳的線性方程式來預測可能的答案。專家系統是由專家系統之父Edward Feigenbaum所發明²，專家系統是由大量的知識庫與推理規則構建而成，這才能處理複雜問題。但是需要大量的維護工作，且應用範圍有所限制。隨著其他演算法的不斷進步，專家系統漸漸走向下坡。

此時期發展沒多久就遇到一些困難，電腦的記憶體有限且處理速度較慢，使得其計算能力受到限制，無法解決複雜問題。同時，當時的人工智慧無法回答人類不知道的問題，且應用範圍並不如預期廣泛。

3. 機器學習(1990-至今)：

此時期的發展加入了統計機率概念，這使得能夠描述事件發生的機率，而不僅僅是「True」和「False」的判斷。在資料處理方面，人類必需將「特徵值」告知電腦。機器學習包括支持向量機(Support vector machine)³、決策樹(Decision Tree)⁴、隨機森林(Random Forest)⁵等演算法，這些方法能夠處理非線性資料並進行非線性分割，更貼近現實狀況，因此受到廣泛關注。

4. 深度學習(2000-至今)：

深度學習是機器學習的分支，而深度學習第一次被提及是在2006年Geoffrey Hinton發表於Science的論文中⁶。深度學習發展前期有幾個關鍵技術，第一個關鍵技術當屬反向傳播法(Backpropagation)⁷，由Geoffrey Hinton等人於1986年研究發展出，直到今天為止99%以上

的神經網路優化都採取反向傳播法進行；第二個是1989年Yann LeCun研究的卷積神經網路(Convolutional Neural Networks, CNN)⁸，這奠定未來神經網路在影像分類任務上的突破。而深度學習展前期，因為梯度消失問題以及運算資源的不足，使得無法訓練過深的網路，限制了網路預測的準確性。

在當時Geoffrey Hinton優化了反向傳播法，且成功訓練不超過10層「深度神經網路」，獲得很大的進展，且發表於Science的論文中，而深度學習字眼也第一次被提及在文獻當中⁶，因此Geoffrey Hinton被尊稱為「神經網路之父」、「深度學習之父」，儘管現在他提出的方法已被當前技術給淘汰，但這引導人們走向深度學習的經典文獻。

近代深度學習發展史與「ILSVRC」圖像識別競賽結果息息相關，這要歸功於史丹佛大學的李飛飛，從2005年開始收集大量帶有標註的圖片供影像視覺模型訓練，並於2007年創辦「ImageNet⁹」。

在2012年ILSVRC的比賽中Alex Krizhevsky和Geoffrey Hinton所提出的「AlexNet¹⁰」，使錯誤率從26%大幅地降低至16%。在2015年的ILSVRC，微軟亞洲研究院何愷明的團隊發展出的「ResNet¹¹」將錯誤率降低至3.57%，使AI領域又再有重大的突破，大幅超越2014年冠軍「GoogleNet¹²」的6.7%錯誤率以及人類的5.0%平均錯誤率，且更重要的意義是真正解決梯度消失的問題，並可以成功訓練1000層深的網路，幾乎當時沒有團隊能訓練超過50層的

神經網路，在這之後深度學習的研究和應用進入到一個快速蓬勃發展時期。

在2022年OpenAI發行ChatGPT後，使人工智慧進入了另一個高峰，巨大的改變人類生活型態，而ChatGPT基礎模型是由Google於2017年所發展的Transformer模型¹³，至今大部分自然語言模型的基礎都Transformer模型衍生而來，且許多研究將Transformer模型應用在影像識別的領域上，換句話說Transformer模型可以各別應用在自然語言和影像任務上，當今的學者嘗試著將自然語言和影像識別做結合發展出「多模態模型」，這使現在的AI更像人類可以同時做出很多預測。

AI技術

一、機器學習

1. 決策樹(Decision Tree)⁴

決策樹是一種在機器學習領域中常用的模型，它模擬了人類在做出決策時的思考過程。該模型使用樹狀結構表示多個決策規則和結果，從而使得複雜的決策過程變得清晰可解釋。

在決策樹中，樹的每個節點代表一個屬性或特徵，每個分支代表一個屬性的取值，而每個葉子節點表示一個結果或決策。建構決策樹的過程就是通過將數據集根據屬性進行不斷的劃分，使得每個分支上的數據更加純淨。

決策樹的優勢之一是易於理解和解釋。由於樹狀結構的直覺性，我們可以輕鬆地解

釋模型的決策邏輯，這使得它在實際應用中得到廣泛使用。此外，決策樹不需要太多的數據預處理，能夠處理混合型數據，包括數值型和類別型特徵。

然而，決策樹也存在一些缺點。容易過擬合(overfitting)是其中一個主要問題，意思是指在訓練數據上表現非常好，但在處理新的測試數據時表現不佳。這是因為決策樹過於深入地學習了訓練數據，而不是泛化出適用於新數據的規律。特別是在樹的深度較深時。為了解決這個問題，可以通過剪枝來限制樹的深度。此外，決策樹對輸入數據的細微變化敏感，可能導致不同的樹結構和結果。

決策樹可用於分類和回歸問題。在實際應用中，我們可以通過調整參數、剪枝等手段來提高模型的性能，使其更適應不同的數據場景。

2. 隨機森林(Random Forest)⁵

隨機森林它基於決策樹的概念，通過結合多個決策樹的預測結果，提高整體模型的準確性和穩定性。

隨機森林的核心思想在於隨機選取數據和特徵進行建模。在每個決策樹的訓練過程中，隨機從訓練數據中有放回地抽樣，同時也隨機選取特徵進行節點的劃分。這樣的隨機性確保了每棵樹的差異性，減少了單一決策樹容易過擬合的問題。

隨機森林的優勢之一是在處理大量高維數據時表現出色。它能夠處理數據中的缺失

值，同時也能夠評估特徵的重要性，有助於進行特徵選擇。此外，隨機森林對於不平衡數據集的處理能力較強。

然而，隨機森林的模型解釋性相對較差，雖然可以得知特徵的重要性，但難以解釋單一決策樹的具體邏輯。另外，在某些情況下，隨機森林可能會低估模型的不確定性。

隨機森林具有良好的性能和廣泛的應用。在實際使用中，可以透過調整參數、增加樹的數量等手段進一步提升模型性能。

3. 支持向量機(Support vector machine)³

支持向量機主要應用於分類和回歸任務。它的核心思想是在特徵空間中找到一個最佳的超平面，將不同類別的數據點有效地分開。

支持向量機的目標是找到一個決策邊界，使得兩類數據點之間的邊界距離最大化。這個決策邊界通常是一個超平面，可以是線性的，也可以是非線性的，這取決於所選擇的核函數。

在訓練支持向量機時，模型會選擇一組支持向量，這些是離決策邊界最近的數據點。支持向量機的優勢之一是對於高維數據的處理能力，即使在特徵空間的維度較高時，它仍能保持良好的性能。

支持向量機的應用不僅限於線性問題，還可以通過使用不同的核函數處理非線性問題。這使得支持向量機在圖像分類、文本分類和生物信息學等領域得到廣泛應用。

然而，支持向量機的主要挑戰之一是對於大規模數據集的訓練和預測速度較慢，特別是在非線性核函數的情況下。此外，對於核函數的選擇和參數的調整也需要較多的專業知識。

支持向量機是一個靈活且具有廣泛的應用領域。在實際使用中，選擇適當的核函數和參數是關鍵，以實現最佳的模型性能。

4. 梯度提升機(Extreme gradient boosting, Xgboost)¹⁴

梯度提升機屬於集成學習的一種。它以弱學習器為基礎，通過迭代地訓練一系列模型，逐步提升整體模型的性能。

梯度提升機的核心思想在於通過不斷迭代訓練，每一次迭代都根據前一次的預測結果計算出誤差，然後擬合一個新的模型來修正這個誤差。這樣，模型的預測能力逐步提高，最終得到一個強大的整體模型。

梯度提升機的優勢之一是能夠處理不同類型的數據，包括數值型和分類型特徵。它同樣適用於解決分類和回歸問題。此外，梯度提升機能夠自動處理缺失值，減少了對數據預處理的需求。

在實際應用中，梯度提升機通常擁有良好的性能，尤其在處理結構化數據和表現非常優秀。然而，它也有一些挑戰，如對超參數的敏感性、可能出現過擬合現象等。因此，通常需要通過交叉驗證等手段來調整模型參數，以達到最佳性能。

梯度提升機是一個靈活、高效的機器學

習算法，廣泛應用於各種領域，包括金融、保險、醫療等。在使用時，適當調整超參數並避免過擬合是確保模型性能的關鍵。

二、深度學習

1. 梯度下降法(Gradient Descent)¹⁵

梯度下降法是機器學習和深度學習中廣泛應用的優化算法，目標是在模型訓練過程中找到最優的參數組合，使損失函數的值逐漸趨於最小，從而提高模型的性能。

在梯度下降法中，計算目標函數對於模型參數的梯度，梯度的方向是目標函數增長最快的方向，並以梯度的反方向，即目標函數減小最快的方向，來更新模型的參數，這個過程不斷迭代，直到滿足停止條件。

梯度下降法的一個重要超參數是學習率，它控制每次更新參數的步伐，學習率過大可能導致不穩定，而學習率過小則可能使收斂速度過慢，選擇適當的學習率對梯度下降法的性能至關重要。

總的來說，梯度下降法為模型訓練提供了一個強大的工具，並在機器學習和深度學習領域中取得了廣泛的成功應用。

2. 反向傳播法(Backpropagation)⁷

反向傳播法是深度學習領域中重要的優化算法，它在神經網絡的訓練過程中扮演著關鍵角色。這種方法的核心目標是通過計算和調整神經網絡中權重的梯度，以最小化模型的損失函數，從而使模型能夠更好地擬合數據。

在反向傳播法的運作過程中，首先進行正向傳播，將輸入數據經過網絡傳遞至輸出層，計算網絡的預測輸出。接著，通過比較預測輸出和實際標籤的方式計算誤差。隨後，開始反向傳播，從輸出層開始計算每個層的梯度，將誤差反向傳播至輸入層。最後，使用梯度下降法，根據梯度對每個權重進行調整，進而使得整個模型的損失函數逐漸趨於最小值。

反向傳播法的啟發源於生物神經網絡的學習過程，並被廣泛應用於深度學習模型的訓練中。雖然存在一些限制，例如梯度消失問題，但反向傳播法使得神經網絡能夠自動學習特徵值，成為深度學習領域取得成功的重要工具之一。

3. 多層感知機(Multilayer Perceptron, MLP)¹⁶

多層感知機是一種廣泛應用於深度學習的監督式學習模型，其結構包含輸入層、隱藏層、以及輸出層。這種神經網絡模型透過多層次的結構，能夠更有效地進行複雜的非線性建模和自動學習特徵值。

在多層感知機的結構中，輸入層接收原始輸入數據，每個節點代表輸入特徵；隱藏層位於輸入層和輸出層之間，其中每個隱藏層包含多個神經元，每個神經元與前一層的所有神經元相連；輸出層提供整個模型的輸出，節點數量取決於任務的性質。

為了引入非線性特性，多層感知機在隱藏層和輸出層的每個神經元上加入非線性轉換函數，其中包括常見的Sigmoid和ReLU等

函數。非線性轉換函數能夠使模型處理更複雜的問題。

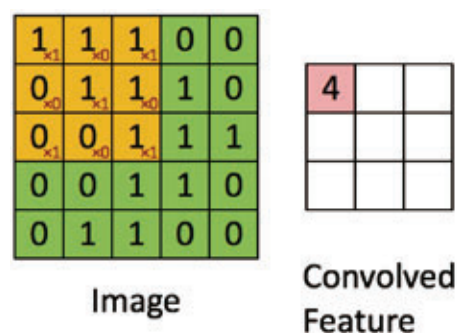
隨著深度學習領域的不斷發展，其他模型如卷積神經網絡的興起，逐漸超越了傳統的多層感知機，但其在深度學習歷史中仍佔有一席之地。

4. 卷積神經網路(Convolutional Neural Network, CNN)⁸

神經網路最初的構想是模擬大腦運作的過程，多層感知器中的「全連接層」試圖模擬腦細胞間傳遞訊息的思考過程。然而，生物研究發現貓咪的腦部細胞在受到不同形狀的圖像刺激時，感受野的腦部細胞會產生不同反應。這些細胞在接觸光影訊號時，每個細胞會辨認特定的簡單特徵，而且這些簡單特徵在視野範圍內的任何位置都會被激活。

電腦學家受到了生物研究的啟發，因此在多層感知器的全連接層之前增加卷積器(convolution filter)，卷積器模擬了感受野最初的細胞，負責用來辨認特定特徵。

卷積器通過「濾鏡」對圖片進行全局搜索（圖一），生成「特徵圖」。在特徵圖



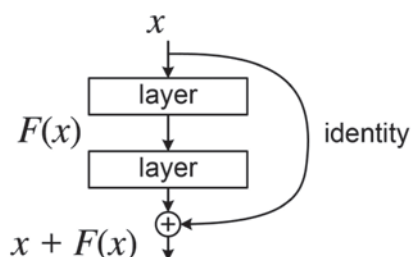
圖一 卷積器操作示意圖⁸

上，數字越大表示該區域越符合卷積器所負責的特徵。獲得特徵圖後，會應用非線性函數進行轉換，以避免訊息的重複。由於連續卷積可能導致訊息的冗餘，為了節省計算量，引入了「池化層」(pooling layer)。池化層降低圖片的解析度，相當於對圖片進行降維。整體而言，這樣的卷積神經網路結構能夠更有效地捕捉圖像中的特徵，提高模型的性能。卷積器能有效自動學習圖像中的特徵，不需要手動設計特徵提取器，這使卷積神經網路成為圖像分類、物件偵測、物件分割等領域的重要工具。

5. 殘差神經網路(Residual Neural Network, ResNet)¹¹

殘差神經網路是一種深度學習模型，由微軟的何愷明團隊提出，其獨特的設計解決了深度神經網路中常見的梯度消失和梯度爆炸問題，使得訓練深度網路變得更加穩定且有效。

圖二顯示殘差神經網路的核心思想是引入殘差學習，這一概念旨在讓模型學習輸入和輸出之間的殘差，這種結構使得模型更容易學習恆等映射，同時避免了梯度消失的問題。



圖二 ResNet殘差架構

每個殘差塊包含兩個分支，一個是恆等映射，另一個是透過卷積層學習的殘差。這兩個分支的結果相加，並通過激活函數進行非線性轉換。這種殘差塊的結構被堆疊在一起，形成深度網路，使得模型能夠學習更複雜的特徵。這使得模型深度大幅增加，這種深度結構模型在圖像識別等任務上表現優異。全局平均池化被引入以減少參數數量，同時提高模型的泛化能力。

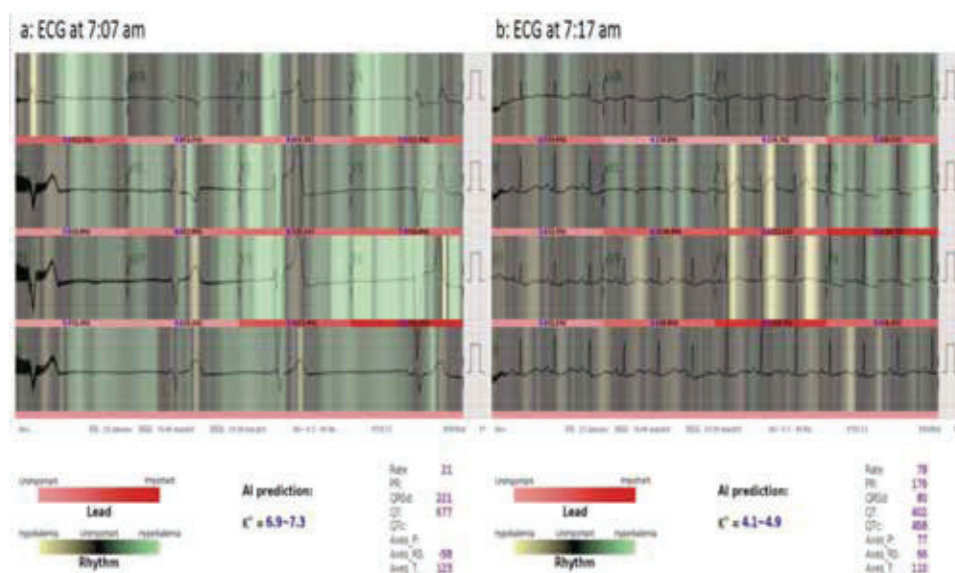
總的來說，殘差神經網路的提出不僅在深度學習領域取得了巨大成功，還為後來的模型設計提供了有價值的啟示。

6. Transformer¹³

Transformer是一種革命性的深度學習模型，最初用於自然語言處理任務，如機器翻譯。它的獨特結構使其在多個領域都表現優越，包括語音識別、圖像生成和其他序列到序列的任務。

Transformer的核心創新之一是引入了自注意機制(Self-Attention Mechanism)。這種機制允許模型同時關注輸入序列的不同位置，而不是像傳統的循環神經網路(RNN)或長短時記憶網路(LSTM)那樣依賴序列順序進行處理。這使得Transformer在處理長範圍依賴性時更為靈活，並且能夠更有效地捕捉序列中的上下文信息。

另一個Transformer的特點是多頭注意力機制(Multi-Head Attention)。這允許模型同時對不同的表示子空間進行注意力運算，從而更好地捕捉不同特徵之間的關係。每個注



圖三 某醫學中心心電圖AI預測－案例一

意力頭都學習一種不同的表示，這樣整體上能夠更全面地理解輸入序列。

除了自注意機制，Transformer還包括位置編碼(Positional Encoding)，這是為了在模型中引入序列的結構信息，以處理序列中元素的位置。這對於處理語言等序列數據中單詞的順序是至關重要的。

Transformer的編碼器-解碼器結構使其非常適合序列到序列的任務，例如機器翻譯。它的解碼器部分還包括遞歸層，這有助於生成輸出序列。

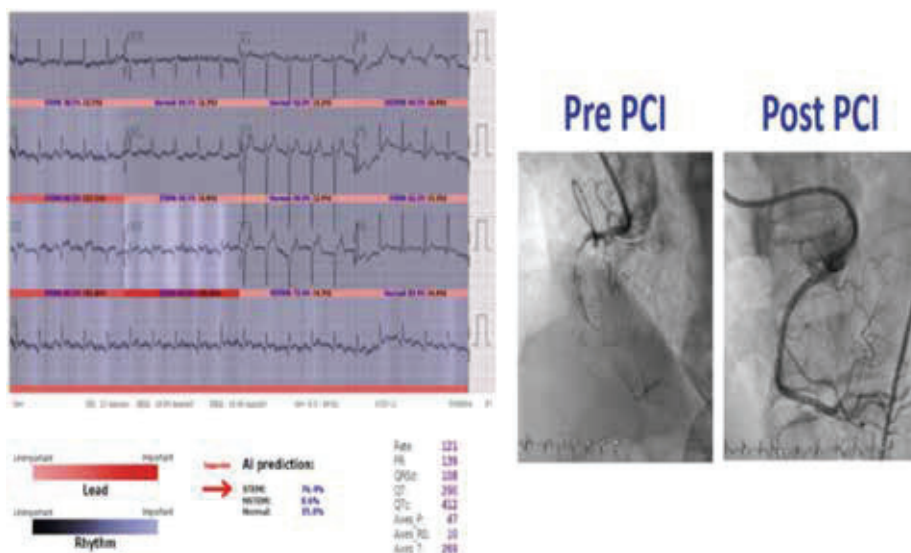
由於Transformer的出色性能和多用途性，它已經成為深度學習中的一個重要里程碑，並在各種應用中取得了卓越的成果，像是OpenAI的ChatGPT。其開創性的結構和強大的表徵學習能力對於推動自然語言處理和其他領域的研究和應用有著深遠的影響。

AI於心電圖的應用

心血管疾病是一個重要的公共衛生議題，篩檢和診斷在減輕這些疾病負擔方面至關重要。在所有檢測中，心電圖檢測價格合理且簡單的診斷工具。然而，心電圖的判讀即使是受過專業訓練的醫師也未必能完全掌握。

本團隊已經透過深度學習開發出能夠準確幫助篩查慢性心血管疾病並檢測急性心血管事件的人工智能輔助心電圖分析系統，該系統不僅可以針對疾病做預測包括心肌梗塞和心房顫動等疾病，還可以做連續數值預測像是血鉀離子濃度、心臟射出率和心臟年齡等等，並且實際在某醫學中心做應用，該醫學中心只要有做心電圖都會經過人工智能輔助心電圖分析系統即時分析，並且有發生異常時會立即提醒值班醫師。

圖三呈現了一位於2019年3月4日早上7:00時被送至某醫學中心的65歲昏迷男性病人的病例。該病人有末期腎衰竭的病史，心跳僅為每分鐘21下。在7:07時，我們立即進行了第一次心電圖檢測，同時實驗室檢測血鉀的結果預計在7:44時才能獲得。面對這一緊急情況，我們迅速採用了AI進行鉀離子濃度的預測，預測結果顯示其鉀離子濃度在6.9至7.3之間。隨後，



圖四 某醫學中心心電圖AI預測及心臟血管攝影－案例二

我們立即進行了降低血鉀濃度的治療，短短幾分鐘後，病人的心跳恢復至每分鐘99下。新的的心電圖顯示，在血鉀濃度正常化後，病人狀態穩定。最終，在進行透析治療後，病人成功康復並順利出院。

圖四描述了一名90歲末期腎衰竭的女性，規劃於2020年4月28日早上在某醫學中心接受洗腎瘻管手術。根據標準程序，在手術前，她接受了一次心電圖以評估麻醉風險。AI立即檢測到可能存在心肌梗塞的情況，並立即通知了心臟內科值班醫師。隨後，心臟內科迅速啟動了心導管手術團隊，延遲了原定的洗腎瘻管手術，並進行了緊急的心導管介入。手術結果顯示，她的兩條血管均受阻，如果按原計劃進行洗腎瘻管手術，可能面臨極高的手術風險，甚至可能導致手術中死亡。經過心導管手術後，患者的心臟供氧血流得到了明顯的改善。這次

及時的AI檢測和介入挽救了患者的生命，阻止了一場可能致命的手術。

人工智慧輔助心電圖分析系統應用在臨床上，不僅輔助醫師判讀，也縮短檢測時間，像是血鉀濃度檢測，甚至提早發現病人可能發生疾病的事件。

討論

人工智慧的重要性和應用價值在各個領域逐漸凸顯，但在發展的過程中也面臨許多挑戰和問題。在醫學領域，最直接的挑戰就是資料問題，特別是在針對特定疾病進行模型訓練時。樣本不平衡問題是常見的挑戰之一。如果目標疾病存在分級，通常越嚴重的病例或健康樣本會更難取得，導致資料集中不同類別的樣本數量不均。在這種情況下，模型在訓練過程中容易偏向於樣本數較多的類別，從而降低對其他類別的識別能力。為了解決這一問題，可以採用資料擴增的方法，例如利用數據增強技術生成更多稀有類別的樣本；或者在訓練時對於類別較少的樣本提高抽樣機率，增加模型學習這些類別的機會。對於罕見疾病或盛行率低的疾病，資料量少的問題更加顯著。如果直接用有限的資料訓練模型，通常會導致模型準確

度不佳。為此，可以採用轉移特徵學習的技術。首先在大型的公開資料庫上預訓練模型，使其學習到通用特徵，然後將預訓練模型的權重固定，專注於針對目標疾病進行微調訓練。這種方法能有效提高模型對目標疾病的識別準確度，即使在病例數有限的情況下也能取得良好效果。

透過上述方式，人工智慧在醫學領域的發展不僅能克服資料的挑戰，還能更好地應用於實際的臨床場景，從而發揮其真正的價值。臨床人員對於人工智慧的應用仍存有疑慮，尤其是在直接依賴人工智慧預測結果進行診斷時，模型預測的可解釋性顯得尤為重要。如果模型的運作過程不透明，醫師可能難以信任人工智慧的結論，進而影響實際應用的推廣。可視化技術是一種有效的方法，可以幫助醫師理解模型的決策邏輯。例如，影像識別模型中使用熱圖(heatmap)來突出模型認為重要的影像區域，讓醫師能清楚看到模型基於哪些特徵進行判斷，從而提高信任感。然而，隨著大語言模型（如ChatGPT）等技術的興起，如何解釋語言模型的運作變得更加複雜。在語言模型的應用中，模型是通過計算前文的上下文相關性來預測下一個文字，但這種運作過程的可視化並不直觀。對於語言模型，可視化可能需要著重於模型如何處理句子結構、詞彙關聯性以及語境間的依賴性。例如，透過注意力機制(Attention Mechanism)的權重圖，展示模型在生成每個詞彙時所關注的上下文部分。此外，設計簡單易懂的交互式界面，能幫助臨床人員

更好地理解模型的語言處理過程。總之，模型的可解釋性不僅僅是提升技術信任的工具，也是讓人工智慧與臨床應用無縫結合的重要橋樑。未來研究可以探索更具創新性的可視化方式，特別是在語言模型的領域，以促進人工智慧技術在醫療中的進一步落地和應用。

人工智慧在醫療領域的廣泛應用雖然帶來了技術上的突破，但同時也伴隨著一系列的倫理挑戰，模型的表現高度依賴於訓練數據的質量和多樣性。如果訓練數據集中某些族群的樣本不足，可能導致模型在這些群體上的預測結果不準確，更嚴重的話會有歧視問題。例如，模型可能對某些性別、年齡或種族的診斷表現欠佳，從而加劇醫療的不公平性。因此，在開發人工智慧系統時，應確保數據集的多樣性和代表性，並對模型進行公平性測試以減少偏見；醫療數據涉及高度敏感的個人信息，人工智慧的開發和應用需要遵守嚴格的隱私保護規範。例如，數據的匿名化處理和加密存儲是保障患者隱私的重要措施。此外，開發者需遵循當地法律以確保數據的合法使用，同時避免數據被濫用或洩露；當人工智慧在診斷或治療中出現錯誤時，責任應如何劃分是一個重要的倫理問題。是系統開發者、醫療機構還是使用人工智慧的醫師應該承擔責任？這需要建立明確的法律框架來規範。只有在技術發展的同時充分考慮這些倫理挑戰，人工智慧才能在醫療領域實現更廣泛且負責任的應用。

結論

人工智慧的應用擴展到各個醫療專業領

域。這不僅有助於提供更優質、智能化的醫療服務，同時也能夠協助醫療決策，提升病人的安全水平。我們致力於將先進的技術融入醫療實務，以促進整體醫療水平的提升。

參考文獻

1. Crevier D: AI: The Tumultuous History of the Search for Artificial Intelligence. 1993.
2. Grier DA: Edward feigenbaum. IEEE Annals of the History of Computing 2013; 35(4): 74-81.
3. Cortes C: Support-Vector Networks. 1995.
4. Loh WY: Classification and regression trees. Wiley interdisciplinary reviews: data mining and knowledge discovery 2011; 1(1): 14-23.
5. Breiman L: Random forests. Machine Learning 2001; 45: 5-32.
6. Hinton GE, Salakhutdinov RR: Reducing the dimensionality of data with neural networks. Science 2006; 313(5786): 504-7.
7. Rumelhart DE, Hinton GE, Williams RJ: Learning representations by back-propagating errors. Nature 1986; 323(6088): 533-6.
8. LeCun Y, Boser B, Denker JS, et al: Backpropagation applied to handwritten zip code recognition. Neural Computation 1989; 1(4): 541-51.
9. Deng J, Dong W, Socher R, et al: ImageNet: A large-scale hierarchical image database. 2009 IEEE Conference on Computer Vision and Pattern Recognition, Miami, FL, USA, 2009; 248-55.
10. Krizhevsky A, Sutskever I, Hinton GE: Imagenet classification with deep convolutional neural networks. Advances in Neural Information Processing Systems 2012; 25: 1097-105.
11. He K, Zhang X, Ren S, et al: Deep residual learning for image recognition. 2016 IEEE Conference on Computer Vision and Pattern Recognition (CVPR), Las Vegas, NV, USA, 2016; 770-8.
12. Szegedy C, Liu W, Jia Y, et al: Going deeper with convolutions. 2015 IEEE Conference on Computer Vision and Pattern Recognition (CVPR), Boston, MA, USA, 2015; 1-9.
13. Vaswani A, Shazeer N, Parmar N, et al: Attention is all you need. Proceedings of the 31st International Conference on Neural Information Processing Systems 2017.
14. Friedman, JH: Greedy function approximation: a gradient boosting machine. Annals of statistics 2001; 29(5): 1189-232.
15. Cauchy MA: Méthode générale pour la résolution des systemes d'équations simultanées. Comp Rend Sci Paris 1847; 25(1847): 536-8.
16. Rosenblatt F: The perceptron: a probabilistic model for information storage and organization in the brain. Psychological review 1958; 65(6): 386-408. 

阻塞型睡眠呼吸中止症的診斷及治療選項

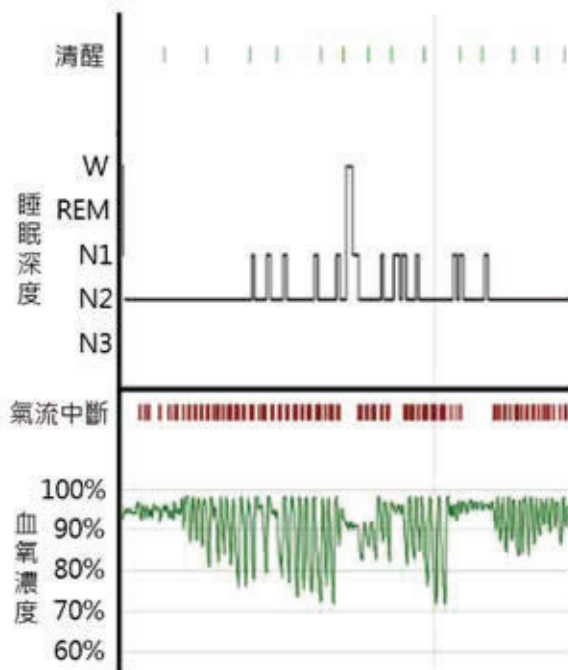
馬偕紀念醫院 耳鼻喉頭頸部 林建甫

阻塞型睡眠呼吸中止症(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)是現今社會常見的一種睡眠呼吸障礙。OSAS的盛行率在不同人種、年齡及性別中略微不同，在成年男性及女性中分別是13-33%及6-19%^{1,2}。典型的OSAS病患在熟睡時上呼吸道會反覆地塌陷，使氣流無法順利通過造成呼吸低下(hypopnea)甚至呼吸中止(apnea)，進而造成反覆的血氧濃度下降。血氧濃度下降時僅會使部分病人驚醒(awaken)，絕大多數病人只會使深度睡眠變得片段化(deep sleep fragmentation) (圖一)。睡眠當中反覆發生的缺氧(hypoxemia)及血液二氧化碳濃度上升(hypercapnia)會造成交感神經系統的過度活化，長期下來更會增加高血壓、心血管疾病、周邊血管疾病以及中風的風險。除此之外，OSAS也被發現與焦慮、性功能障礙、工作表現減退等多個面向有關。因此，醫病雙方皆應該提高對OSAS的疾病意識，並積極給予OSAS病患適當的治療。

OSAS的成因及症狀表現

導致OSAS的背後機轉包括：肥胖及咽旁間隙(parapharyngeal space)的脂肪堆積、顱顏比例異常(e.g. 下顎過度後縮)、咽喉擴張肌(pharyngeal dilator)的鬆弛、以及淋巴組織的肥大。

根據統計，八成左右的OSAS病患會有明顯的晨間症狀，包括嗜睡、打瞌睡，及「越睡越累」的感覺，五成的病患有打鼾的困擾，而僅一成多曾被伴侶目擊到明顯的呼吸中斷^{1,3,4}。另外，約15%的病人在剛睡醒時會經歷雙



圖一 阻塞型睡眠呼吸中止症患者在多項生理睡眠檢查的典型表現：反覆的血氧濃度降低伴隨睡眠深度變化甚至造成覺醒

阻塞型睡眠呼吸中止症(OSAS)的常見症狀

白天嗜睡、越睡越累	86%
打鼾	55%
伴侶目擊睡眠時呼吸中斷	13%
夜間頻尿 (≥2次/每晚)	30%
晨間頭痛	15%

圖二 阻塞型睡眠呼吸中止症患者常見症狀比例

側顳部緊縮感般的頭痛，而有30%會有每晚大於兩次的夜間頻尿現象(圖二)。值得注意的是，僅以症狀很難完全鑑別單純性打鼾(simple snoring)以及OSAS。因此，OSAS的診斷需仰賴更系統化的評估工具。

表一 評估OSAS風險的問卷型工具問卷名稱

	評估項目	題數	評分標準
Berlin評估表	打鼾及晨間嗜睡	三類別共十一題	超過兩類別陽性則為OSAS高風險
STOP-Bang評估表	打鼾、晨間嗜睡、年紀、性別、BMI、頸圍	共八題	每題評1分，滿分8分 0-2分為OSAS低風險 3-4分為OSAS中度風險 5-8分為OSAS高度風險
Epworth嗜睡量表 (ESS)	晨間嗜睡狀況	共八題	每題評0-3分，滿分24分 超過10分為OSAS高風險
Pittsburg睡眠品質量表 (PSQI)	入睡困難情形、睡眠品質、晨間嗜睡、睡眠效率	共八面向，各面向有數小題	每面向評0-3分，滿分21分 0-5分代表睡眠品質優良 6-10分代表睡眠品質尚可 11-15分代表睡眠品質不佳 16-21分代表睡眠品質很差

OSAS的評估

臨床上常用來評估OSAS風險的問卷型工具包括用來快速評估OSAS風險的Berlin評估表⁵、STOP-Bang評估表⁶，以及可以評估睡眠相關症狀嚴重度的Epworth嗜睡量表⁷、及Pittsburg睡眠品質量表⁸（表一）。

目前診斷OSAS的黃金準則是多項生理睡眠檢查(polysomnography, PSG)。病人需在醫院睡眠檢查室受檢，由睡眠技師協助在睡眠中記錄腦電波、血氧濃度、胸腹運動幅度、鼻氣流、心電圖、睡姿…等多項生理參數（圖三）。睡眠檢查中，呼吸中止(apnea)定義為呼吸氣流完全停止超過十秒，而呼吸低下(hypopnea)定義為呼吸氣流減少30%以上並超過十秒，並合併血氧濃度下降至少3%或腦電波上的覺醒(EEG arousal)⁹。透過PSG紀錄



圖三 於醫院睡眠中心接受多項生理睡眠檢查之情形（擷取自馬偕紀念醫院睡眠中心網站）

平均每小時發生apnea及hypopnea的次數，可以計算出呼吸中止指數(apnea-hypopnea index, AHI)。根據美國睡眠醫學會的定義，AHI小於5為正常，5至15為輕度OSAS，15至30為中度OSAS，30以上為重度OSAS⁹。然而，PSG檢查不僅耗費人力物力、等待排程時間長，甚至有些病人會因為環境不熟悉無法順利入睡，使

得無法得到準確的檢查結果。簡易居家睡眠檢測(home sleep test, HST)是一個現今常被使用的初步篩檢及治療後成效追蹤的工具。相較於PSG，HST病人能在家完成檢查，不僅方便、快速，檢查結果亦有相當的準確度(sensitivity = 71-86%，specificity = 63-89%)³。然而，HST無法提供腦電波圖（睡眠深度）、眼球肌電圖方面的資訊，對中樞型睡眠呼吸中止症的敏感度較低，因此無法完全取代PSG的角色。目前隨著科技演進，近幾年越來越多穿戴裝置出新，美國FDA也在2024年2月審核通過第一批智慧手錶作為OSAS風險評估與偵測的工具。期待這些新科技的注入能夠提升民眾對OSAS的疾病意識，並找出高風險族群安排就醫治療。

在耳鼻喉科門診能透過理學檢查及纖維內視鏡檢查，評估扁桃腺及舌根淋巴組織肥大情形，鼻腔通暢度，以及顎咽、舌根及下咽的狹窄狀況。在特定有需求的個案，甚至可以安排全身麻醉下的藥物誘導睡眠內視鏡檢查。每一位OSAS病患呼吸道產生塌陷的位置、機轉都不盡相同。若能進一步了解睡眠當中最可能發生狹窄及塌陷的確切部位，對決定治療方式有莫大的幫助。

OSAS的治療

在實證上對OSAS有實際療效的治療方式可以大致分為三個面向，分別為：行為、裝置以及手術。

行為類治療最重要的是體重控制及運動。研究發現，透過飲食控制減重5-10%，就可以

使AHI降低30-40%¹⁰，對於過重、肥胖族群是非常有效的治療方式。規則的運動能透過改善呼吸道脂肪堆積、提高咽喉肌肉張力來改善OSAS的症狀。筆者與馬偕醫院團隊近期發表的統合分析發現，規律的有氧運動及阻力訓練不僅能有效提升心肺功能並改善晨間嗜睡症狀，還能使AHI下降7.08 event/h¹¹。更重要的是，無論OSAS是輕度還是重度、無論體型是否肥胖，都能觀察到運動對OSAS的顯著療效¹¹。其他行為類治療包括側睡及避免睡前飲酒…等，都是OSAS病患可以努力的方向。

裝置類治療中，最具實證療效的是陽壓呼吸器(continuous positive airway pressure, CPAP)。睡眠時，CPAP能透過機器控制經鼻罩或面罩提供穩定的正壓氣流，並維持順暢的氧氣交換。在CPAP治療下，超過90%的OSAS病患AHI會下降至5以下¹²。然而以CPAP作為OSAS主要治療的最大挑戰在於病患普遍嘗試意願及治療持續性不足，其最主要原因包括生活型態不適合、嚴重鼻塞或面罩不密合使得配戴舒適度不佳、習慣性張口呼吸造成漏氣，以及與病人期待的治療模式差距過大。止鼾牙套在睡眠時配戴，可以透過將下顎骨前移使舌後呼吸道保持通暢。止鼾牙套特別適合下顎骨後縮的輕中度OSAS病患。負壓呼吸器是近幾年新興的裝置類治療，是無法耐受CPAP的病患值得嘗試的選項之一。¹³

手術是許多無法耐受陽壓呼吸器的OSAS病人會考慮的治療方式。然而，每個病人呼吸道狹窄的部位及原因差異很大。在決定手術方



圖四 接受懸壅垂顎咽成形手術之手術前後變化



圖五 接受機械手臂舌根減積手術之手術前後變化

式之前，需全面性評估病患的肥胖情形、顱顏比例有無異常、扁桃腺及舌根淋巴組織大小、鼻腔狹窄狀況、顎咽塌陷嚴重度…等等。對於嚴重骨性下顎後縮的病患，正顎手術合併上下顎骨前移(maxillomandibular advancement, MMA)是首選。對有意願配戴CPAP，但嚴重鼻塞影響配戴舒適度的病患，可以考慮接受鼻中膈鼻道成形手術(Septomeatoplasty)或無線射頻鼻甲成形手術(Radiofrequency turbinoplasty)。對於顎咽狹窄、扁桃腺肥大、扁桃腺慢性發炎的病患，可以考慮接受懸壅垂顎咽成形手術(uvulopalatopharyngoplasty, UPPP) (圖四)；若同時合併舌根淋巴組織肥大及舌後空間塌陷，則可以使用達文西機械手臂輔助進行舌根減積手術(tongue base reduction) (圖五)，來達到最好的治療效果。須注意的是，手術治療往往是根據當下的

身體狀況規劃。OSAS病患若選擇手術做為主要治療，仍建議在術後維持規律運動及良好的飲食習慣，避免肥胖或咽喉肌肉鬆弛造成症狀的復發。

結論

阻塞型睡眠呼吸中止症(OSAS)除了影響枕邊人及自己的睡眠品質，更會連帶提高血壓、中風、心血管疾病的風險，是現今社會常見且不可忽視的問題。隨著科技進步，醫病雙方皆應該與時俱進，了解新興的診斷及治療工具，才能早期發現問題，並選擇最適合的治療方式。

參考文獻

1. Peppard PE, Young T, Barnet JH, et al: Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. Am J Epidemiol 2013;

- 177(9): 1006-14.
2. Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ, et al: Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2017; 34: 70-81.
3. Gottlieb DJ, Punjabi NM: Diagnosis and management of obstructive sleep apnea: a review. *JAMA* 2020; 323(14): 1389-400.
4. Punjabi NM, Caffo BS, Goodwin JL, et al: Sleep-disordered breathing and mortality: a prospective cohort study. *PLoS Med* 2009; 6(8): e1000132.
5. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, et al: Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med* 1999; 131(7): 485-91.
6. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al: STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 2008; 108(5): 812-21.
7. Johns MW: A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14(6): 540-5.
8. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, et al: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2): 193-213.
9. Malhotra RK: AASM Scoring Manual 3: a step forward for advancing sleep care for patients with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med* 2024; 20(5): 835-36.
10. Georgoulis M, Yiannakouris N, Kechribari I, et al: Dose-response relationship between weight loss and improvements in obstructive sleep apnea severity after a diet/lifestyle interventions: secondary analyses of the “MIMOSA” randomized clinical trial. *J Clin Sleep Med* 2022; 18(5): 1251-61.
11. Lin CF, Ho NH, Hsu WL, et al: Effects of aerobic exercise and resistance training on obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med* 2024 (Online ahead of print.).
12. Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, et al: Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea With Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment. *J Clin Sleep Med* 2019; 15(2): 301-34.
13. Hung TC, Liu TJ, Hsieh WY, et al: A novel intermittent negative air pressure device ameliorates obstructive sleep apnea syndrome in adults. *Sleep Breath* 2019; 23(3): 849-56. 🇹🇼

婦女體重管理與婦科疾病——危機也是轉機

新光吳火獅紀念醫院 婦產科 何鎮宇

肥胖症是資本主義盛行以來21世紀的文明病，與高血壓、糖尿病、腦中風、癌症等慢性病的風險都相關。亞洲民族成年人的肥胖問題近年來亦有指數型的成長。而目前台灣肥胖盛行率超過20%，18歲以上的民眾，平均五人即一人有肥胖問題。台灣社會面臨高齡產婦人口增加以及少子化的問題，不孕症、生產面臨的風險也與肥胖症相關，而婦女的肥胖症關係著其一生，由婦產科觀點，而導致諸多的婦科疾病如下：

- 一、育齡時期的亂經，造成難以受孕或是意外懷孕，而多囊性卵巢為一生殖內分泌疾病，除了不孕症的問題，將來罹患子宮內膜癌及新陳代謝症候群的風險也會提高。而肥胖症本身亦會加重多囊性卵巢患者的症狀，造成惡性循環。
- 二、婦女產後體重滯留的問題，傳統上為了養胎，孕婦在孕期平均增加約12.5公斤的體重，而且依照文獻的回顧，與體重正常的孕婦相比，肥胖會增加3-4倍的妊娠糖尿病風險、以及流產、早產、產後大出血的風險。根據2018年馬偕醫院的產後婦女回顧性分析指出¹，約有75%的婦女，產後一年無法回到孕前的體重，因此產後的體重管理為一重要課題，懷孕期間的體重控制以及產後的持續母乳哺餵對於產後的體重管理有一定的助益。
- 三、更年期的雌激素下降使得代謝率下降而導致肥胖，約有47.6%的停經婦女有體重過重的問題。而肥胖也增加心血管疾病、糖

尿病、肌肉關節疼痛及骨質密度下降等風險。婦科疾病方面如骨盆腔脫垂及尿失禁的風險也會增加。

體重的維持，主要是依照質能守恆的理論，飲食造成的能量攝取增加或是因疾病或是生理反應造成的代謝率下降將會導致體重增加；反之，飲食控制以及規律適量運動可以維持體重及恆定性。然而，單單倚賴控制飲食來減重則有較高復胖的機率，根據2011年新英格蘭醫學雜誌的研究³，在短期的體重減輕後，與食慾及體重調節相關的多種荷爾蒙血中濃度會發生變化。瘦體素、多肽YY、膽囊收縮素、胰島素和胰澱粉樣多肽的濃度顯著下降，然而飢餓素、胃抑制性多肽和胰多肽則增加。減重者的主觀食慾也顯著增加。由於人體本身具有恆定性的保護機制。因此這些變化也間接導致了復胖的過程。因此減重著實需要一個長期的策略及目標。2021年的新英格蘭醫學雜誌針對減重的難題，“復胖及如何維持減重後的體重？”進行了長達52周的隨機試驗，參與者經過8週低熱量飲食後，隨機分配到四個組別：運動組、Liraglutide組、運動合併Liraglutide組和安慰劑組。研究發現所有積極治療策略都比安慰劑更能有效減重，且運動加Liraglutide組的效果最佳⁸。

懷孕以及荷爾蒙的變化為婦女肥胖的特殊原因。婦女懷孕時，隨著胎兒的生長發育，所需的營養素以及能量消耗增多，依據國民健康署的指引，若孕前BMI大於30者，建議增重範圍限制在5-9公斤；BMI介於18.5到24.9之

間者，建議增重約11.5-16公斤；小於18.5者，建議增重約12.5-18公斤，且須注意體重增加的速度，懷孕期間不適於減重。然而，許多婦女產後由於育兒及工作上的壓力，體重仍持續增加。不過2024 Lancet 期刊的一萬五千多名孕婦的觀察性研究指出⁹，孕婦合併肥胖者(BMI>30)，其懷孕過程中的體重增加可在嚴格限制或是無下限，其懷孕結果並無增加相關產科風險。

參考2024年三月發表在歐洲人類生殖醫學期刊(human reproduction update)的網路統合分析(network meta-analysis)，經由95篇研究、網羅9910位婦女的文獻指出⁵，對於體重過重且排卵異常的育齡婦女建議可以運動搭配飲食以及減重輔助藥物方式有效進行體重控制，除了改善卵巢排卵功能，也能改善多囊性卵巢患者體內雄性素過高的狀態。其中以飲食搭配減重輔助藥物降低BMI之效益最高(94%)，其次為運動、飲食、藥物三者並用(84.8%)，因此也突顯了減重輔助藥物的角色。在改善多囊性卵巢患者的排卵功能方面，運動、飲食以及促進排卵藥物則有最高的助益(89.3%)。一篇2022年刊登在美國生殖醫學會雜誌的雙盲隨機試驗指出，對於肥胖且罹患多囊性卵巢症候群的婦女，每天注射一次類升糖素胜肽-1 (glucagon-like peptide-1，簡稱GLP-1) 藥物(Liraglutide 3mg)，持續八個月左右，將有助於體重下降5%，並且有效改善心血管風險、雄性激素過高以及月經週期的規律性。

參考2021年的一篇觀察性研究，首個針

對亞洲人群的實際數據研究，分析了韓國肥胖患者使用Liraglutide的臨床效果。回顧性分析了2018年至2019年期間在單一診所接受Liraglutide治療的169名肥胖患者。主要發現治療組顯著減少了患者的體重，且隨著治療時間的延長至半年，減重效果更明顯。而且脂肪的減少量顯著大於肌肉減少量。這項研究也指出不論是不同生活形態的肥胖患者，使用菸酒的習慣，起始的身高體重不同，或是不同年齡層，其使用Liraglutide均有減重療效。

總而言之，女性的肥胖管理需要採取長期、全面的策略，包含運動、飲食調整，以及必要時輔以積極的藥物治療。肥胖不僅影響日常生活，還會帶來多種健康風險，特別是在生育年齡、懷孕及更年期等關鍵階段。對於育齡婦女，特別是患有多囊性卵巢症候群(PCOS)的女性，肥胖會使她們面臨更多問題，例如月經不規律、受孕困難以及心血管健康風險。使用GLP-1受體激動劑等藥物，已在研究中顯示出顯著的減重效果，不僅能幫助體重下降，還有助於改善月經周期和心血管健康。

此外，許多女性在產後面臨體重滯留的問題，不僅影響外觀，更可能成為未來健康隱憂。產後的體重管理可以從孕期就開始關注，包括適當控制懷孕體重增加及鼓勵產後母乳哺餵。進入更年期後，隨著雌激素的下降，代謝速率減緩，體重管理更具挑戰性，肥胖帶來的心血管疾病、關節疼痛等風險亦會上升。因此，女性應在各人生階段保持良好的體重管理，減少肥胖帶來的健康風險，才能提升整體

生活品質。

參考文獻

1. Shao HH, Hwang LC, Huang JP: Postpartum weight retention risk factors in a Taiwanese cohort study. *Obes Facts* 2018; 11(1): 37-45.
2. Creanga AA, Catalano PM, Bateman BT: Obesity in pregnancy. *N Engl J Med* 2022; 387(3): 248-59.
3. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al: Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med* 2011; 365(17): 1597-604.
4. Elkind-Hirsch K, Chappell N, Shaler D, et al: Liraglutide 3 mg on weight, body composition, and hormonal and metabolic parameters in women with obesity and polycystic ovary syndrome: a randomized placebo-controlled-phase 3 study. *Fertil Steril* 2022; 118(2): 371-81.
5. Ruiz-González D, Cavero-Redondo I, Hernández-Martínez A, et al: Comparative efficacy of exercise, diet and/or pharmacological interventions on BMI, ovulation, and hormonal profile in reproductive-aged women with overweight or obesity: a systematic review and network meta-analysis. *Human Reproduction Update* 2024; 30(4): 472-87.
6. Elkind-Hirsch KE, Chappell N, Shaler D, et al: Liraglutide 3 mg on weight, body composition, and hormonal and metabolic parameters in women with obesity and polycystic ovary syndrome: a randomized placebo-controlled-phase 3 study. *Fertil Steril* 2022; 118(2): 371-81.
7. Park JS, Kwon J, Choi HJ, et al: Clinical effectiveness of liraglutide on weight loss in South Koreans: First real-world retrospective data on Saxenda in Asia. *Medicine (Baltimore)* 2021; 100(2): e23780.
8. Lundgren JR, Janus C, Jensen SBK, et al: Healthy weight loss maintenance with exercise, liraglutide, or both combined. *N Engl J Med* 2021; 384(18): 1719-30.
9. Johansson K, Bodnar LM, Stephansson O: Safety of low weight gain or weight loss in pregnancies with class 1, 2, and 3 obesity: a population-based cohort study. *Lancet* 2024; 403(10435): 1472-81. 



七十九週年暨 醫師節慶祝大會紀要

施玉琴

活動報導・七十九週年暨醫師節慶祝大會紀要

時序進入深秋，十一月十日星期日在大直典華六樓花田好事廳舉辦本會七十九週年暨醫師節慶祝大會。會前的籌備工作在公關委員會高尚志召集委員按部就班的指示委員會進行，會務人員也積極聯繫各個受獎醫師出席情況，並安排席位，避免在頒獎時出現獎牌與領獎者不同的窘境以及席位無人桌菜過度浪費的狀況，一切繁瑣的籌備就是希望能讓整個大會圓滿順利。

下午五時醫師協同眷屬陸續報到，會場頓時人聲鼎沸，同儕見面格外興奮，會場洋溢歡愉寒暄的氛圍。今年特別製作79週年慶祝大會的示意大背版，長長的人龍，井然有序地排隊，成了照相熱點。衛福部邱泰源部長於六時許蒞臨會場，呂建德政務次長、健保署陳亮好副署長、衛福部疾病管制署莊人祥署長、國健署吳昭軍署長、健保署台北業務組李純馥組長以及台北市衛生局黃建華局長、多位醫院院長及醫事團體貴賓等相繼抵達會場。新北市醫師公會顏鴻順理事長、基隆市醫師公會王俊傑理事長、桃園市醫師公會吳家淦理事長、宜蘭縣醫師公會林旺枝理事長都撥冗出席，在此相見歡。民代也在晚宴時陸續親臨會場致意。

大會於晚間六時十分由大會司儀張瑞廷醫師及林姝含醫師宣布開始揭開序幕，首先由主席洪德仁理事長致詞，邱泰源部長、黃建華局長相繼致詞，期勉大家繼續站在崗位為民眾健康把關，公部門也會爭取最優質的醫療環境及空間，提升整個醫療品質。長官致詞後，利用醫師節別具意義的日子，安排「醫警守護司法保護醫療卡」使用儀式，此乃有鑑於犯罪被害事件的發生，犯罪被害人本人及其家屬因家庭發生變故而成為經濟弱勢或有長期經濟需求之家庭，財團法人犯罪人保護協會臺灣台北、士林等分會擬透過醫師公會之協立，邀請轄區內醫療院所加入，建立完善的醫療聯繫關懷網絡來對轄區內弱勢之犯罪被害人家庭，實施減免掛號費等措施。由邱部長、洪理事長、臺北市立聯合醫院王智弘總院長、中華民國基層醫療



「醫警守護司法保護醫療卡」使用儀式



洪德仁理事長致詞



衛福部邱泰源部長致詞



台北市政府衛生局黃建華局長致詞

協會林應然理事長以及財團法人犯罪人保護協會臺灣台北分會謝柏蒼主任委員、士林分會林志銜主任委員共同展開啟動儀式，期盼醫療院所可以發揮人溺己溺的精神共襄盛舉。

隨後進行各獎項頒獎。第卅二屆杏林獎共有卅五名醫師獲得殊榮，由邱部長頒發獎項，廿八位親自領獎，分兩梯次上台領獎。第十三屆青年杏林獎有廿二位醫師得獎，廿位親自領獎，由呂建德政務次長擔任頒獎人。第九屆好

書獎共有五本著作獲獎，四位得獎人親自領取獎狀，該獎項由本會前理事長彭瑞鵬顧問頒發。

今年受表揚的資深醫師有672位，親臨會場的有239人。行醫滿七十五年僅一位醫師，是值得大書一番，劉登連醫師高齡94歲，雖然微微佝僂，但精神抖擻，耳聰目明，每天偕同夫人去游泳，令人稱羨。行醫滿六十五年的資深醫師有四位，有二位親自到場接受表揚，



第卅二屆杏林獎得獎醫師



第十三屆青年杏林獎得獎醫師



第九屆好書獎得獎醫師



七十五年資深醫師



六十五年資深醫師

五十五年有一位，親自到場接受表揚，以上皆由邱泰源部長頒發獎牌；五十年的資深醫師有一一六位，親自到場接受表揚有六十四位，分五梯次頒獎，分別由王正旭立委、衛生局黃建華局長及國建署吳昭軍署長擔任頒獎人，這些年事已高的醫師，由家人陪伴親臨會場，逐一上台接受這項用青春歲月、經驗累積的殊榮，可見該獎對他們具有非凡意義。行醫滿四十五、四十、卅五、卅年資深醫師也是令人敬佩，同樣用青春歲月在撰寫自己的歷史，值得大家表達敬意，分別以年資分梯次上台，由

劉玉菁副司長、陳亮好副署長、劉玉娟主任秘書及本會前理事長李明濱顧問、劉秀雯監事長以及全聯會周慶明理事長分別與資深醫師合影留念。此刻，值得資深醫師喜悅應該是出席醫師節彷彿舉辦一場小型的同學會，不僅同學聚首，也許偶遇學長姊，都是令人期待的相遇。

頒獎進行中，為了不讓貴客久候佳餚，晚間七點準時上菜。頒獎典禮完成後，洪理事長帶領全體理監事上台舉杯祝福與會貴賓、會員及家屬等人身體健康、醫師節快樂。北基桃宜醫師公會理事長、各醫師團體等單位與會代表



六十年資深醫師



五十年資深醫師



五十年資深醫師



五十年資深醫師





四十五年資深醫師



四十五年資深醫師



四十年資深醫師



四十年資深醫師



三十五年資深醫師



三十五年資深醫師



三十五年資深醫師



三十年資深醫師



三十年資深醫師



也上台舉杯祝福大家醫師節快樂。

醫界是臥虎藏龍的地方，多才多藝，卡拉OK歡唱是展現個人歌聲的地方；邱部長的美聲是眾所皆知的，率先登場，全聯會周慶明理事長接力；各公會、各醫事團體早就磨刀霍霍要上台一展歌喉，盡興歡唱後；九時在高尚志召委高亢的晚安曲歌聲中，為晚會劃下完美的句點，人潮在音樂結束後漸漸散去。

七十九週年暨醫師節慶祝大會歷時約三個小時，席開六十三桌，要感謝受獎醫師的熱情參與、理監事、公關委員自發擔任招待，成就

了整個活動的圓滿；張瑞廷和林姝含兩位年輕的明日之星，合作無間默契十足展現大將之風的主持人，掌控著大會時間與頒獎步驟；公關委員會高尚志召集委員活動前後都緊盯著每個環節，這些都是促使活動能順利進行並圓滿落幕的靈魂人物。今年仍有些要改進之處①在台上已領獎之受獎人應分列兩側，不要影響正在領獎者與專屬背景照相，全體合照時再集中於中間②領獎人和領獎者專屬個人PPT背景要一致。我們會謹記這幾項缺失，明年80週年醫師節慶祝大會呈現更好結果，明年再見。🇹🇼



醫事團體祝大家醫師節快樂



理監事祝各位醫師節快樂



主持人張瑞廷醫師、
林姝含醫師

一一三年度 籃球錦標賽成績

一一三年度籃球錦標賽於十一月十七及廿四日上午九時在台北榮民總醫院室內籃球場舉辦，成績如下：

冠軍 北榮隊

亞軍 三總隊

季軍 北醫隊

殿軍 馬偕隊、萬芳隊、台大隊

MVP－最具價值球員獎 萬瑞峯醫師 



冠軍-北榮隊



亞軍-三總隊



季軍-北醫隊



殿軍-馬偕隊



殿軍-萬芳隊



殿軍-台大隊



MVP－最具價值球員 萬瑞峯醫師

一一四年度高爾夫友誼賽

一月十二日假林口高爾夫球場舉辦114年度高爾夫友誼賽，成績如下：

總桿：冠軍陳凱隆(78)、亞軍江芳人(82)、季軍王剴鏘(86)。

淨桿：冠軍孫建偉70(94)、亞軍王榮華71.8(85)、季軍陳政仁71.8(91)、
殿軍王正淵72.2(83)、第五名李榮祥72.6(105)、第六名潘俊伸73(91)、
第七名王朝欣73.2(96)、第八名林文榮73.6(88)、第九名朱秋融74.2(103)、
第十名江建中74.4(90)。



總桿冠軍



總桿季軍



淨桿冠軍



淨桿亞軍



淨桿季軍



高爾夫球賽大合照

台北市醫師公會 114年攝影講習課程

◎台北市醫師公會的攝影講習課程是為了增進會員友誼及培養身心健康的休閒活動。

◎參加資格：本會會員及眷屬。

◎上課地點：本會七樓會議室。

◎費用：會員或眷屬每人新台幣**1800**元（一次繳納，不予退費）。

◎報名日期：即日起至40人額滿為止（報名上課人數未達20人，無法開課）。

◎報名電話：(02)2351-0756#17林芝馨小姐或傳真(02)2351-0739。

◎課程日期及內容如下：（講習課為星期一下午1:00-2:30，外拍時間為星期日，外拍車資等費用自理）

日期	課程	講師
114年3月03日（一）	人像攝影	黃永順
114年3月09日（日）	外拍	黃永順
114年3月10日（一）	旅遊攝影	金 露
114年3月16日（日）	外拍	金 露
114年3月17日（一）	3/09外拍作品觀摩與檢討	黃永順
114年3月24日（一）	3/16外拍作品觀摩與檢討	金 露
114年3月31日（一）	風景攝影	王萬坤
114年4月13日（日）	外拍	王萬坤
114年4月14日（一）	主題創意攝影	陳春隆
114年4月20日（日）	外拍	陳春隆
114年4月21日（一）	4/13外拍作品觀摩與檢討	王萬坤
114年4月28日（一）	4/20外拍作品觀摩與檢討	陳春隆
114年5月05日（一）	生態攝影	范慧玲
114年5月11日（日）	外拍	范慧玲
114年5月12日（一）	形與型的藝術呈現	楊文博
114年5月18日（日）	外拍	楊文博
114年5月19日（一）	5/11外拍作品觀摩與檢討	范慧玲
114年5月26日（一）	5/18外拍作品觀摩與檢討	楊文博
114年6月02日（一）	外拍作品觀摩檢討與公會佈展	石賢彥醫師主持

嘉義—台版合掌村—部落巡禮＋ 謎漾森林森鐵文化／阿里山森林浴 二日遊

4月26日（星期六）台北→嘉義→台版合掌村-部落巡禮→謎漾森林森鐵文化→阿里山賓館

07:00-07:20 台北火車站集合出發

07:46-09:13 帶著愉快心情，搭乘高鐵609車次（台北07:46++嘉義09:13）前往嘉義。

11:00-12:00 前往奮起湖換小車前往得恩亞納部落 在海拔1400公尺山中秘境，錯落山間，一棟棟斜屋頂式小木屋，色彩繽紛，建築風貌與日本合掌村有異曲同工之妙，被稱譽「台灣合掌村」，長年雲霧縹緲，就像祖靈守護最後淨土。

12:00-13:00 鄒族風味餐

13:00-14:00 部落特色DIY-風笛響徹雲霄

14:00-14:40 台版合掌村-部落巡禮-這裡過去曾經是鄒族祖先居住的舊址，十年前莫拉克颱風後族人爭取在這裡建造永久屋，為減少破壞地形地貌，每個屋子都採高架基座，加上每棟房子外觀彩繪上不同的色彩，森林環繞社區四周，家屋星羅在山谷之中，宛如童話故事般的場景。



14:40-15:40 謎漾森林-多林森鐵文化知性之旅（肖楠原始林）

16:00-17:40 部落下次見~下山換大巴囉!!

17:40-18:00 阿里山賓館Check in為全台最高景點之頂級飯店，提供貴賓們不同的渡假方式。本館套房以恬靜、柔和、溫馨的情調為主，設計出充滿古色古香的懷舊房型以及日式風格的優質住宿。

18:00-19:30 阿里山賓館自助晚宴

19:30-21:00 自由活動可至附近的名產店逛逛，享受一下阿里山上夜晚的寧靜，也請記得要早點睡，準備一早的日出^^



4月27日（星期日）飯店→日出小火車→阿里山森林浴→樂野部落不插電咖啡→台北

03:30-07:00 山賞日出 趁天還沒亮，趕快起床！搭乘阿里山小火車前往祝山叫太陽公公起床囉~享受迎接晨曦的喜悅。



07:00-08:00 享用豐富中西自助式早餐

09:00-11:30 阿里山森林遊樂區 進入充滿芬多精的檜木林區，舒展筋骨接受大自然的洗禮，造訪高山湧泉姊妹潭、受鎮宮、三代木、象鼻木…以及名聞中外阿里山巨木群在您香汗淋漓、享受森林浴氛圍之美。



12:00-13:00 山賓餐廳中式合菜

14:00-16:00 樂野部落不插電咖啡 原住民往往是生活中的智慧王，利用不插電來尊重這片土地，咖啡是一天的開始，聞著咖啡香喝下純樸的感動，原來這片土地給我們的總是超乎我們所想像，你有多久沒喝到一杯感動的咖啡呢？！



16:00-18:00 前往嘉義高鐵站

18:32-20:02 搭乘高鐵0672次（嘉義18:32++台北19:59），享用嘉義火雞肉餐盒，高鐵依實際訂到班次為主

一、費用：

公會補助會員每人1,500元，眷屬補助500元（限一名，眷屬為會員之父母、配偶及子女）會員一人參加者，房型為二人房。（如無人可共宿，請補房間價差）

此行搭乘高鐵，高鐵費用視個人實際購票金額計算，**65歲以上長者及6歲以上未滿12歲孩童皆為半價**。高鐵票價台北←→嘉義，團體票價2,120元，敬老、孩童票為1,025元。

旅費：（以下費用**已含**高鐵車資，若要自行購票請於報名時告知）

未滿65歲：

(1)二人房：每人14,000元 (2)三人房：每人13,000元 (3)四人房：每人11,500元

滿65歲：

(1)二人房：每人12,600元 (2)三人房：每人11,600元 (3)四人房：每人10,500元

繳交費用計算案例：

(1)一位會員及一位眷屬（二人房，皆未滿65歲）： $14,000 \times 2 - (1,500 + 500)$ （公會補助款）=26,000元

(2)一位會員及一位眷屬（二人房，一人滿65歲，一人未滿65歲）： $14,000 + 12,600 - 2,000 = 24,600$ 元

(3)一位會員及二位眷屬（三人房，皆未滿65歲）： $13,000 \times 3 - 2,000 = 37,000$ 元

(4)一位會員及二位眷屬（三人房，一人滿65歲，二人未滿65歲）： $13,000 \times 2 - 2,000 + 11,600 = 35,600$

（以此類推）**※購買敬老及孩童票者，請將身份證件傳真/電子檔至公會，以便購票。**

二、報名截止日期：即日起至3月15日前向本會報名，80人額滿為止。（高鐵購票須於一個月前造冊購票，報名後因故無法參加，依旅行社契約扣除相關之手續費）。

※本活動乃公會為鼓勵會員攜帶眷屬參加，若會員無法參加，恕不接受眷屬單獨報名。且因該處飯店房間及房型有限，請確認可參加再報名以免佔用名額。

三、繳費方式：

可親自至本會繳交或匯款至玉山銀行(代碼808)東門分行，帳號1193-435-009035，戶名：社團法人台北市醫師公會，匯款或ATM轉帳者，請將收據及報名表傳真至本會，以確認完成報名手續。

四、聯絡電話：(02)2351-0756分機17林芝馨，傳真：2341-4044、2351-0739

嘉義—台版合掌村・得恩亞納森呼吸二日報名表

姓名	生日	身份證字號	房型	素食(打v)
			☐ 二人房 間 ☐ 三人房 間 ☐ 四人房 間	
☐ 不參加祝山賞日出（每人可扣300元）				
聯絡電話		傳真或e-mail		

服 務 欄

誠徵醫師

- 馬偕紀念醫院誠徵老年醫學科主治醫師及住院醫師若干名，詳情請見醫院網站人事招募專區。
- 北投區洪耳鼻喉科診所，目前有3位護理師及2位資深藥師，病患來源穩定，急性病及慢性病各半，未來希望優化完善慢性病照護。洪醫師長期投入居家醫療，可視醫師個人意願是否參與。診所對於社區營造發展、安寧照護也多有著墨，希望徵求志同道合的家醫/老醫/內科醫師加入!看診節次不設限，可彈性調整，兼職或專職皆可。節薪+PPF，面議。意者請聯繫洪醫師 0910-114-962。
- 中山區耳鼻喉科診所誠徵具耳鼻喉科看診經驗之專任醫師，請洽0935007737周醫師。
- 北投區誠徵骨復健科、內科具風濕病次專科、神經內科、家醫科專科醫師報備支援可，請洽張院長2821-0197。
- 中山區診所誠徵家醫科或急診科醫師，一週5~8診可討論，多位醫師請假方便。意洽0952-661-617黃小姐。
- 信義區診所誠徵家醫、新陳代謝、精神或內科醫師，與傳統經營模式不同，除門診診治病人外，積極拓展至長照機構，與政府政策接軌，開創全新市場機會，可先報備支援兼診，意洽詹小姐0963-234-232。
- 內湖區診所誠徵家醫或兒科醫師，待優。意洽:pfdrc2016@gmail.com或0952-521-966。
- 萬華聯合診所誠徵神經內科、胸腔內科、免疫風濕科兼任醫師。意洽：0910-091-158陳醫師。
- 萬華區兒科診所誠徵內兒科、家醫科專兼任醫師，看診環境佳，有車位，薪資面議，節數可談，排假有彈性。意洽0936-582-264吳小姐。
- 同仁院醫療財團法人萬華醫院誠徵內科醫師，具糖尿病共照網證書尤佳。意洽2305-9292分機821蔡小姐。
- 南京三民站診所聘請有家醫科、耳鼻喉科診所看診經驗之專任醫師，意者請洽0925-283-232邱小姐。
- 松山區聘請有耳鼻喉科診所看診經驗之兼任醫師。近南京三民站，意者請洽0906-199-888林小姐。
- 松山區耳鼻喉科診所誠徵醫師，耳鼻喉、家醫、小兒、內科均可。意者請洽陳醫師0932-157-542或Lind ID: solo5b。
- 信義/中正區醫美診所禮聘醫師，雷射光療肉毒微整為主，客源穩定，可培訓。意者週間上班時間請洽胡經理2389-1213。
- 內湖區康研診所誠徵合作新陳代謝科醫師，薪優，意者洽廖小姐0939-262-745。
- 士林區診所誠徵可長期合作正職、兼職醫師6~8診，待優。意洽0933-851-670許小姐。
- 中山區(大直捷運站)聘請有一般科診所看診經驗之專兼任醫師。意者請洽：(02)8509-1776洽吳先生。
- 信義區儷寶得信義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。
- 中正區幫痘氏公館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。
- 信義區醫美診所誠徵負責醫師，經營已超過10年，9~10萬/月，會計師記帳稅務安全。意者請洽：2389-1213胡小姐。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

等水熱了才洗

雨一直下個不停，精神病院病人紛紛衝進雨中，高喊著：「快來洗澡啦！」
醫師看了直搖頭。忽然醫師身邊站了一位病人，醫師問：「你為何不下去洗澡？」
這位老兄微笑說：「我跟他們不一樣，他們都是一群神經病！」
醫師頓時感動說：「我終於把你治好了。」
這時這位老兄說：「喔！不。我是在等水熱了才洗。」

你懷的是什麼baby呀？

老吳說：「我的媳婦真的特別懶。」我問：「他怎麼了？」
老吳說：「我家住三樓，我媳婦上網購物，都在備註欄上寫說『孕婦行動不便，請送上樓』前幾天，送貨小哥終於忍不住在樓下大叫：『兩年了！我忍你兩年了，你懷的是什麼baby啊！？』」

忘了帶鞋來

呆呆一個人去買鞋，在鞋店逛了很久才看中一雙鞋。
店員問：「小弟弟，你穿幾號鞋呢？」
呆呆才想起，趕緊說：「大姊姊，對不起！我忘了帶鞋來。」

此碟非彼碟

有家新開的資訊公司為了招攬客戶，舉辦免費病毒診斷站，希望大家帶自己的磁碟來測試。
一對老夫婦走了進來，店員：「兩位有帶磁碟來嗎？」
老夫婦從袋子裡拿出兩個塑膠碟說：「我們家沒有盜碟，塑膠的可以嗎？」

探索西班牙聖雅各朝聖之路

國泰綜合醫院小兒科 林隆煌



走訪羅馬時期的遺址，探索古老的朝聖之路。



大教堂周圍是寶貴的歷史中心，被稱為基督教最偉大的聖城之一。



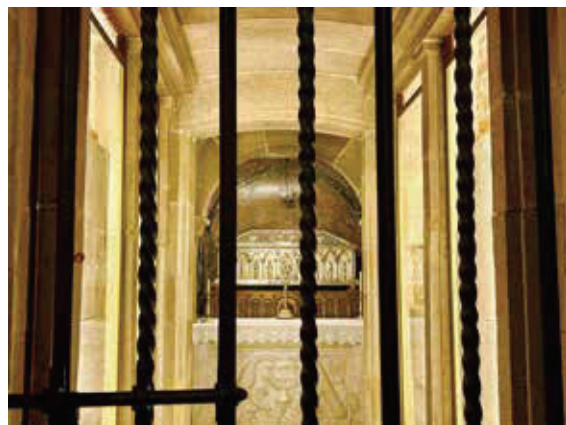
德孔波斯特拉大教堂庭院。



聖地牙哥-德孔波斯特拉古城於1985年被列為世界文化遺產。



德孔波斯特拉大教堂是天主教著名朝聖勝地之一，聖雅各之路的終點。



聖地牙哥-德孔波斯特拉，相傳耶穌十二門徒之一的雅各伯安葬於此。



雄偉的朝聖地、哥德式建築和聖地牙哥朝聖之路的終點站。



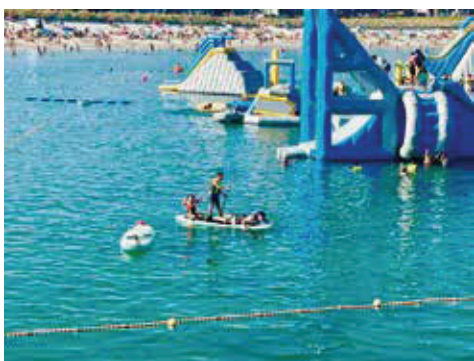
聖地亞哥德孔波斯特拉主教座堂。



聖地牙哥-德孔波斯特拉主教座堂內部。



德孔波斯特拉大教堂是仿羅馬式建築，外觀在16-17世紀期間被改成巴洛克式風格，是西班牙獨特的「丘里格拉式」建築美學。



多姿多彩的西班牙以陽光和海灘聞名於世。



西班牙未受污染的海灘，擁有獨特的海洋生態系統，是海鷗群體的聚集處，也是許多鳥類越冬或中途休息之地。

台北市醫師公會智庫 女性醫師小組成立紀要

¹洪耳鼻喉科診所 ²台中榮民總醫院 ³新光吳火獅紀念醫院 ⁴和信治癌中心醫院
洪德仁¹ 吳景萱² 莊育慈³ 蔡菡庭⁴ 李宜潔⁴

2024年10月9日，台北市醫師公會第20屆第6次理監事聯席會議通過醫療永續發展研究小組（智庫）成立「女性醫師小組」，目的乃為增進女性醫師執業環境友善、維護權益，讓女性醫師能有及時反映職場或醫療時事的管道，提供女性醫師面臨困境應興應革建言的權利。

女性醫師在醫療服務角色

截至2024年10月24日，台北市醫師公會共有會員12,043人，男性、女性醫師人數各為8,677、3,366人，佔比分別為72%、28%。女性醫師擔任幹部的狀況，會員代表總數為235人，女性醫師會員代表18人(7.7%)，本會理監事（含候補）總數為47人，女性理監事（含候補）6人(12.8%)（表一）。

中華民國醫師公會全國聯合會統計，截至2024年8月31日，會員56,360人，男性醫師會員43,920人(77.9%)，女性醫師會員12,440人(22.1%)。會員代表人數275人，男性醫師會員代表268人(97.4%)，女性醫師會員代表7人(2.6%)。理監事總數為60人，男性理監事59人(98.3%)，女性理監事1人，僅為1.7%。

表一 台北市醫師公會會員及幹部性別比例
（截至2024年10月24日）

	女性	男性	合計	女性 比例%	男性 比例%
會員代表	18	217	235	7.66	92.34
理監事 （含候補）	6	41	47	12.77	87.23
全體會員	3,366	8,677	12,043	27.95	72.05



圖一 女性畫家鄭瓊娟老師作品 綻 100F
壓克力畫布 2010（蔡宜容藥師提供）

可見女性醫師要在醫療職場服務，雖然是關鍵的重要少數，擔任會員代表、理監事等幹部卻是少之又少，如果按照醫師會員比例，女性幹部更是懸殊不足。

女性醫師的特色

每個人都有不同的人格特質，社會普遍認為男女兩性各有不同的人格特質光譜。我最近參觀國立新竹生活美學館舉辦的「追尋自主光彩-鄭瓊娟・鍾桂英・黎蘭的女性藝術心橋」展覽，看見創作者的生命能量。三位優秀的新竹女中、師大美術系畢業，都是90歲以上女性高齡畫家，如何追尋自主光彩？建立女性藝術心橋？從畫作中呈現出她們的生命故事（圖一）。我認為女性專業者，像藝術家、聲樂家、建築師、醫師、護理師都具備一些特性，例如：堅韌的毅力、溫柔的同理心、細膩的觀察力、以母愛背負自己、家庭、社會的包袱、



圖二 聲樂家簡文秀老師在與愛同行感恩音樂會中演唱

把不能自主缺陷的人生轉換成圓滿生命。進而追求自主、追求自我、昇化成為自己美麗的生命價值和幸福，更賦涵豐富的生命力，生命的真善美（圖二）。

國立臺灣博物館舉辦的「另一種現場：修澤蘭」特展，知名女性建築師修澤蘭作品（圖三），其子傅德修先生，以他的角度觀看母親的三種特質：

1. 建築設計重視兼顧美感及實用。
2. 著重與大自然環境的結合的執著個性、拼搏精神。
3. 面對各種艱難險阻的堅強性格。

女性醫師也是擁有上述女性專業者類似的特質，研究指出：女性醫師較善於傾聽、溝通、協調、彈性、同理心能力。照顧病人時，特別是女性病人或是私密疾病的照顧，女性醫



圖三 修澤蘭建築師設計的「陽明山中山樓」展覽中的模型



圖四 女性醫師具有溫柔的同理心和醫療專業知能，圖為曾博郁醫師執行醫療業務，備受病家信賴（曾博郁醫師提供）

師具有較佳的信賴和治療結果，較少的併發症和死亡率。由此可知，女性醫師在醫療上的地位有其獨特性與優勢，促進女性醫師的自我認同（圖四）。

女性醫師執業環境的困擾

隨著人權、兩性平權進步，女權意識逐漸興起，但女性醫療人員仍然面臨社會挑戰與不公平的待遇。這些不公平的待遇來自多方面，包括：性別歧視、家庭責任與工作之間的平衡壓力、職場中的偏見、對於晉升的限制、性騷擾議題，而有時候也必須面對來自病人與家屬的刻板印象。

性別歧視在當今醫療專業領域，依然存在。像外科、骨科等傳統「男性主導」的專業，女性醫師容易受到不平等待遇或被視為不具備「足夠的體力和技術」，這樣的觀念和偏見讓女性醫師在職業發展的道路上受到限制，影響她們在特定領域中的晉升和專業認可。某位年輕醫師反映，申請急診專科面試時，面試官對此感到驚訝，還用帶有質疑的口氣問另一位面試官：醫院的急診部是否有女性醫師？由此看來，在一些人的觀念中，急診醫師還是以男性醫師為主導。

女性醫師在婚姻與懷孕時機方面仍有限制。在應聘時，面臨面試官問到相關問題以及可能影響訓練時程等，而有顧忌，從而影響未來的家庭規劃。而在懷孕後，工時與夜班調整，以及後續請產假或是哺乳等，可能會面對同事與長官的眼光，都會帶來壓力與困擾。

研究資料顯示：台灣醫師在醫療工作與家庭照顧負荷產生衝突，不容易維持職場和家庭平衡(work-life balance)，造成身心健康危害，女性醫師可能面對更多的挑戰和壓力。作為家

庭中的主要照顧者角色，女性醫師經常承擔較多的育兒和家務責任，如何舒緩兼顧職場與家庭責任，使她們在職業發展減少受到限制。許多女性醫師會選擇兼職工作或避開夜班等高強度工作，以便更好地照顧家庭。然而，這樣的選擇可能會讓她們在職場上失去晉升機會，進而影響長期職業發展。

加拿大曾經進行醫師的性別研究，女性醫師強烈表達維持職場和家庭平衡重要的影響，配偶的支持是最重要的助力。台灣的研究則呈現出：雖然近年來，女性醫師投入醫療執業人數增加，但是年輕女性醫師容易因母職離開職場，特別是在畢業後9年左右，是離職高峰期。

性騷擾也仍然是許多女性醫師在工作中遭遇的重要問題，尤其在男性佔主導的專科更為常見。2024年12月，某醫學中心爆發院內6位女醫師申訴性騷擾，全案經該院性平會及教評會通過。有的受害者為了專科醫師考試能通過，痛苦隱忍，等到考試結束後才敢提出性騷擾申訴，也有人向法院方聲請保護令。

這種面對來自同事、上級，甚至病患的性別歧視或不適當的言語和行為，不僅損害了女性醫師的自尊和安全感，影響她們對醫學的信任和投入。而女性醫師會因為有所顧忌與缺乏明確與有效的處理措施，選擇忍受或沉默。

職場偏見也讓女性醫師在表達意見和提出創新時顯得相對不易。即使在工作表現優異的情況下，女性醫師在領導職位的競爭中仍被邊

緣化，這讓她們難以獲得應有的職業認可和成就感，這些挑戰也影響到女性醫師的專業自信心。

女性PGY醫師心聲

2023年11月，我有機會陪伴4位女性PGY醫師，參與社區醫療實務課程，令我非常驚喜的是，學妹們關心女性醫師的權益和困境的議題，我們在師生會、讀書會或是參與相關論壇，討論女性醫師執業的狀況，我們進行醫師離婚率、外遇的發生率等相關研究分析。我們知道面對問題就是解決問題的起步，女性醫師權益是值得我們重視。我們得到的好消息是，醫師是最不容易離婚的職業之一；但是，女性醫師有較高的離婚率，女性醫師工時越高，離婚機會也越高，男性醫師則相反。

25歲至30歲是專科醫師訓練時期，懷孕女性醫師請產假達8週的，只有6成。醫院也充滿主管和同儕的心理壓力、專科訓練安排、單位人力排班、性騷擾、薪資差異等問題，雖然我國有勞動基準法第51條相關的保障規定，但是實務上，徒法不足以自行，學妹們建議需要納入醫院評鑑、鼓勵醫院增加女性二線班制度、舉辦孕婦體驗活動等，例如：讓男醫師綁氣球在肚子上，幫病人抽血，就可以深刻感受懷孕時彎腰的辛苦，學妹們真是巧思。

小組任務及成員

台北市醫師公會智庫女性醫師小組以增進女性醫師執業環境友善、維護權益、反映職場或醫療時事的管道為宗旨。期待達成下列任

務：

1. 保障推動女性醫師執業環境友善。
2. 推動增進女性醫師維護權益。
3. 增進女性年輕醫師反映建言的權益。
4. 其他理事會交辦之有關事項。

本小組設召集人1人及副召集人2人，委員15人為原則。除本會現任女性理事、監事、候補理事、候補監事及公會主動推薦人選外，餘由公開招募有意願、公共參與熱忱的女性醫師組成，50歲以下女性醫師為優先，由智庫召集人聘任之，公開報名女性醫師非常踴躍。聘任2位副召集人及21位委員。委員（含召集人、副召集人）共24人，其中年齡低於50歲（≤50歲）者，達13人（54.2%），年齡最低為26、29歲，正是剛剛進入醫師專業領域年輕醫師，值得肯定。

委員任期與本會第20屆理、監事任期同（即日起至2026年10月14日），均為義務無給職。

正式成立

2025年1月2日，元旦假期後上班的第一天，本小組召開第一次會議（圖五），感謝楊盈盈教授擔任召集人（臺北榮民總醫院教學部主任），主持會議，周賢章常務理事（兼智庫執行祕書）和我列席參與。

會中，決議敦請黃名琪醫師（臺北市立聯合醫院松德院區院長）、程劭儀醫師（臺大醫院家庭醫學部主任）為副召集人，並聘任顧問陳亮好醫師（健保署副署長/市聯醫昆明院



圖五 女性醫師小組第一次會議（王正旭立法委員線上致詞指導、程劭儀副召集人、傅中玲委員、溫素瑩委員視訊與會）

區）、陳菁徽醫師（立法委員/禾馨宜韻婦產科診所）、劉秀雯醫師（台北市醫師公會監事長）、王正旭醫師（立法委員）等人。

綜整委員對小組平台成立的期待意見：

1. 改善執業環境

- (1) 期待小組能夠推動政策改善女性醫師的執業環境，包括減少職場歧視，創造更平衡的工作生活環境並建立完善的申訴管道。
- (2) 推動女性友善職場、增進台北市女性醫師的團結合作與交流，建立反映職場或醫療時事的管道。
- (3) 促進女性醫師的福祉，成為一個專為女性醫師設立的職涯溝通與支持管道，特

別是針對年輕女性醫師的需求，提供支持與建議。

2. 維護權益

積極反映女性醫師的權益，如懷孕期值夜班、產假、育兒、工作時間調整等方面，促使醫界對女性醫師的支持更完善。

3. 針對女性醫師特有困境提出建議

調查並分析女性醫師面臨的挑戰，例如改善女性醫師申請住院醫師容額較少的科別上的劣勢、職場性別平等、職場性騷擾、家庭與工作平衡等問題。

本小組決定成立四個分組，分別為：國際交流組、權益維護組、年輕女性醫師組、機動性議題組，以利各項事務推動及進行。邀請年

輕醫師、資深醫師共同擔任各分組負責人，落實提攜傳承的功能。

有一位委員建議贈送卡片和禮物給即將生產的女性醫師，這樣溫馨的關懷，值得進一步規劃。我們請四個分組的委員，規劃1至2的活動、論壇和研討會，在下次小組會議討論確認後執行，以利改善執業環境及維護權益。

結語

多位委員提到，當年住院醫師的時候，即使懷孕也不敢請假，都是和男醫師正常值班；即時將要分娩，也是要寫完病人病歷，才輪到自己到產房。委員們都希望當年所受的苦，未來學妹們可以得到更彈性、更友善的對待。女性醫師擔任醫師公會的會員代表、理監事等幹

部，比例偏低，話語權嚴重的偏頗，值得重視。兩性的差異，產生的不同感受、文化和醫療執業環境的困擾，需要持續對話討論和改善，例如台北榮民總醫院陳威明院長及副院長與年輕醫師固定有約活動，重視年輕醫師及兩性平權議題（圖六）。

女性不只撐起半邊天，女性應該是撐起整片天，只有在兩性平權、相互尊重的條件下，醫療環境才能更加優化，服務品質也更加提升，此乃全國民眾之福氣。台北市醫師公會成立女性醫師小組，是一項重要的里程碑，為兩性平權，內化為兩性相互尊重文化，吾等同儕，念茲在茲，戮力以赴。☯



圖六 台北榮民總醫院陳威明院長及副院長與年輕醫師固定有約活動，重視兩性平權議題。
（楊盈盈醫師提供）

導入AI助攻製圖，完美繪製SCI論文圖文摘要

¹臺北榮民總醫院 ²大數據中心 ³醫學研究部 ⁴新竹分院
楊豐源^{1,2,3} 羅宇成^{1,2} 邱士華^{1,3} 王署君¹ 陳曾基⁴

圖文摘要的全球趨勢

當前網路時代迅速發展，資訊的呈現和傳播方式也隨之改變。讀者越來越喜愛簡短且直覺的資訊，例如Meta臉書、IG或Tiktok上的短影音或圖文資訊。這種趨勢也反映到學術論文期刊上，特別是SCI高端期刊更為顯著，越來越多期刊要求作者提供圖文摘要（graphical abstract，簡稱GA），即一張代表論文主要成果帶有少量註釋文字的圖片。圖文摘要可以在資料庫中被搜尋到，但它不會出現在完整論文的PDF版本和印刷版期刊中。其目的是在傳統文字摘要和全文之間，提供一個讓讀者判斷是否有深入閱讀論文的必要。這種將學術寫作能力和吸引讀者的表達能力相結合的更高標準，將是未來學術出版的趨勢，而且已經顯著的開始，也包含醫學個案案例的呈現、研究成果發表甚或成果記者會提供給各位媒體朋友的資料呈現，因此值得大家思考探究一番。

圖文摘要的優勢

圖文摘要主要是以圖片形式呈現論文的目的是和貢獻，使讀者能以比閱讀文字更快且有效的方式迅速了解論文主題，從而增加讀者想繼續閱讀文字摘要、結論、引言、圖表，甚至整篇論文的興趣。圖文摘要的最大優點在於利用「一張好圖勝過千言萬語」的獨特優勢，將無法在文字摘要中簡短描述清楚的內容以圖片形式展示。因此，圖文摘要在某些部分（如結果）可能比文字摘要更能突出重點，提供更扼要的資訊。當讀者使用關鍵詞搜索到論文時，

若有圖文摘要，他們便能迅速了解論文內容，從而決定是否進一步瀏覽。之前就有學者做過統計，帶有圖文摘要的論文在閱讀量和媒體傳播方面大約是沒有圖文摘要的論文的兩倍（J Plast Reconstr Aesthet Surg 2020; 73(11): 2013-105）。

圖文摘要的要件

圖文摘要中的圖片選擇，無論是展示新穎研究方法、實驗流程和材料，還是呈現研究結果、新發現、新技術或新產品，完全取決於作者希望吸引讀者興趣的判斷與做法。作者可以選擇將所有這些內容分段展示，並沒有嚴格的規定。目前，多數期刊對圖文摘要中必須包含的文字或圖片尚未有明確規定。許多期刊認為圖文摘要應包含以下內容：研究問題概述、研究方法概要、研究結果（發現）概要、引文資訊（如需引用）、以及圖文摘要製作者資訊。例如，圖文摘要的圖片上方可以放置文字標題來總結研究問題；中間部分可以用圖表和數據形式來總結和比較研究結果；下方則可以放置作者姓名、論文發表期刊資訊，以及製作圖文摘要的機構名稱（如期刊）。

圖文摘要製作心法

至於要如何打造一個精準攻心的圖文摘要，筆者以親身經驗歸納出兩組心法法則。第一組法則是除遵照各期刊的製圖規定外，還需多觀察各期刊已刊登過的圖文摘要圖，歸納出其喜好的編排及喜好性。需注意字型種類不超過3種，色系部分也盡量維持在3~5種以內，



圖一 圖文摘要製作的心法一



圖二 圖文摘要製作的心法二

以免整個版面太過花俏複雜，使讀者注意力分散，而反而抓不到重點。筆者曾經協助某雜誌社改圖，因為作者該篇文章屬於雜誌社邀稿，因此由雜誌社居中傳遞，來回幾天內迅速定稿，歸納主要原因應是編審對於修改後的版面青睞，故讓主編或編審點頭同意是關鍵因素之一。再者當您的圖文摘要初步完成時之際，請找同團隊成員一同投票，如獲多數人同意，推想這樣被雜誌社接受的機率應該就相對提高。近年來，AI工具的興起，也可讓它運用在優化製圖的技術或繪製素材圖示，下一段我再詳細說明。歸納心法一重點摘要如圖一所述。第二組打造精準圖文的心法，主要是讓大家以三步驟瞭解圖文摘要「製作+呈現」的重點，第一步驟：「快速」，在確定文章主題後，快速尋找契合主題的素材及文字；第二步驟：「視覺構圖」，將您文章中的方法或過程，濃縮收納重點，去除不重要雜訊，將重點凸顯；第三步驟：「完美呈現」，將文章的重要結果如實呈現，並搭配在版面重要的位置。心法二的重點摘要歸納如圖二。

此外，之前的經驗，大部分的作者大致上皆有普遍的認知。例如：從安排圖文的版面會從左到右或從上到下安排，若雜誌社無硬性規定編排原則，也不排除從中間擴展到其他區塊，這或許也是一種安排方式。但總而言之，只要最終能被雜誌社接受，那就是完美成功的圖文摘要。

圖文摘要製作的技法

筆者在一年前即在臺北榮總的全院開課系統及YouTube頻道，講述關於Recraft AI繪圖工具的技巧，它可透過文字生成圖片或插圖，所產生的圖片，可繪製成向量圖、去背效果圖，圖片不具版權，亦宣稱可商用，諸多特性，產圖時間也在10秒之內即可產生，因此當我們繪製圖文摘要時，若在素材取得有需要時即可導入相關的AI工具來製作。近日已更新最新版的簡易Recraft AI繪圖教學，邀請有興趣醫師或研發人員可觀看筆者在YouTube的三分鐘教學影片（網址：<https://youtu.be/6wUemvGmdOY>）。

此外，目前市面上已有數款線上版的繪圖協作軟體，提供免費額度試用，之後需要以付費方式方可獲得完整使用功能。以下兩款軟體(1).Mind the Graph (<https://mindthegraph.com/>)和(2).BioRender (<https://www.biorender.com/>)，大家可以試試看，這些線上軟體在國內、外有很多出版社、學校或研究機構都有付費使用，它們最大優勢也就是在線上即可使用，檔案可儲存在您自己註冊帳號雲端空間內，在有網路時使用者就可隨時隨地修改圖文檔案，軟體公司也不定時就會有更新的模板推出，這也是他們的一大優勢。軟體內擁有眾多的模板可供使用者套用修改，可大大節省製圖時間，若大家覺得介面使用便捷，也歡迎大家付費支持，讓它們可以持續研發更優質好用的軟體給我們使用。目前筆者也分享一部16分鐘基礎入門教學影片提供給各位研習（網址：<https://youtu.be/2qbzrvUITdA>），希望對大家對軟體有初步的認識。但必須先告知大家，目前尚無任一家公司研發出一種您提供資料給軟體或AI工具，他就幫您畫出整個完整的圖文摘要，希望不久將來有機會看到相關的功能被研發出來。我想那應該對學術論文界，將會掀起另一番波瀾及衝擊。

總結

摘要圖形化的優勢在於「一張好插圖勝過千言萬語」。圖片能夠把文字不易表達清楚的內容直觀快速地表達出來。在很多領域（例如生物、醫學、化學），插圖的作用尤為重要，能夠快速簡潔地表達論文重點，達

表一 圖文摘要製作重點彙整表

1.設計的基本要點

特 性	重 點
格式規範	依照期刊要求（檔案格式、字體、顏色、尺寸）
簡單明瞭	圖像應該直觀且不複雜，凸顯研究重點，讓讀者可在短時間理解核心內容
圖文並茂	用圖像結合必要文字註釋提升可讀性，避免顏色過飽和及複雜

2.製作技巧

特 性	重 點
流程圖與數據視覺化	使用簡單扼要的數據圖、流程圖來展示重要過程或數據
關鍵詞融入	將研究中的關鍵詞適當放入圖表內，有助於提高檢索和引用率

到更好的推廣介紹效果。圖形化是行銷策略的核心。網路行銷就是追求點擊量和流量。網路行銷文化正向各領域全方位滲透，學術研究領域也不例外。產品或服務行銷中最重要的推介工具就是文字圖形化，因為它遠比文字更加直覺，具有強烈的視覺感受，能夠快速抓住顧客。期刊論文希望吸引讀者，摘要圖形化是目前學術媒體發展的重點發展方向。最後我整理一份重點摘要，詳如表一所述，供大家一起學習精進我們製圖力。完整講述課程也分享在YouTube頻道，歡迎有興趣醫師或研究人員瀏覽點閱（網址：<https://youtu.be/x0lceAZL8m8>）。



健保停保及復保—— 怎能一直吃到飽？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

有關全民健康保險停保及復保制度^①，憲法法庭於111年12月23日作出111年憲判字第19號^②判決，認為全民健康保險停保及復保制度影響被保險人權利義務，並涉及重大公共利益，其重要事項之具體內容，應有法律或法律明確授權之命令為依據^③，始符法律保留原則之要求。現行全民健康保險法施行細則未有法律明確授權，即就全民健康保險停保及復保等權利義務事項逕為規範，違反法律保留原則，至遲於本判決公告之日起屆滿2年時，失其效力。另細則中就停保及復保所設要件，尚未牴觸憲法第23條比例原則，與憲法第22條保障管理自身健康風險之自主決定權及第15條保障財產權之意旨尚無違背，亦無違憲法第7條保障平等權之意旨^④。對此，衛福部尊重憲法法庭之判決，將依判決意旨研修相關規範以完善法制。（「衛福部尊重憲法法庭對全民健保『停保及復保制度』影響被保險人權利義務之判決，將依判決意旨研修相關規範以完善法制」焦點新聞，社會保險司，民國111年12月23日。）…綜上，為完備法制，考量本保險既屬強制性之社會保險，依社會互助、風險分攤之制度意旨，人民只要符合保險資格，本即有加入保險，繳納保險費之義務，不論其是否就醫或有無使用本保險醫療資源而有不同，故審酌公平性及保險道德風險，有刪除現行本細則停保、復保相關條文之必要。爰擬具本細則部分條文修正草案，其修正要點如下：一、修正保險效力開始及終止之規定（修正條文第33條）。二、刪除保險對象得辦理停保及復保規

定，刪除現行條文第37條至第39條。三、依信賴保護原則，增訂中華民國一百十三年十二月二十二日以前已辦理停保者之條文（修正條文第39-1條）。（參考「全民健康保險法施行細則部分條文修正草案」總說明，行政院公報第30卷219期，民國113年12月6日。）

「我知道這事！12月23日後不會再有黃○事件…」甲醫師說。

「我被這判決…噏過：111年憲判字第19號！」丙醫師曾被法律系學生糾正。

「難怪這麼清楚！如何被…ㄉ一尤？」乙醫師對著丙醫師問。

「丟臉的歷史啦！不必再提…」丙醫師覺得自己似乎多言。

「法律之前、人人平等…有什麼丟臉的？快講！」甲醫師用好奇語氣問。

「就在去年，擔任母校一年一次醫事法律專題講座的講師…」丙醫師講到此。

「全民健康保險法！對不對？」乙醫師就插嘴。

「對！當然講自己最熟悉的法律。」丙醫師回答，接著說：「前年專注在111年憲判字第13號，就是健保資料庫案；當年8月公布，11月我到醫法論壇評析，同月又在專題講座上課，完全沒意識到隔月再公布第19號，那年大法官真的好專注在健保釋憲。」

「不好嗎？」乙醫師說。

「就效率…當然好！問題出在專題講座需

要在課後出題…」丙醫師講到此。

「出題…你不是很有經驗嗎？」乙醫師又插嘴。

「沒錯！以前每月出題、現在每年出題。」丙醫師似乎要表達出題功力退步。

「所以…結果，忘了出題？」乙醫師問。

「怎麼可能忘了出題…是答案錯了吧？」甲醫師想到「隔月再公布」。

「正確！以為這題是考古題，沒想到被大法官的效率擺了一道。」丙醫師一直以為健保釋憲都要等很久，接著說：「結果…事後被上課的學生糾正。」

「真難為你了！用這個19號再登醫法論壇評析…」乙醫師對著丙醫師比鬼臉。

「證明上課學生有在認真聽，而且有查證！」甲醫師正面回應。

「也是啦！以前常講大法官不懂健保法，以後要改變講法了…」丙醫師說。

「說不定，大法官是認真收集健保資料？」甲醫師推測。

「對！而且是你曾經發表的資料…你不是對釋憲案最有意見嗎？」乙醫師對著丙醫師碎碎唸。

「哪敢有意見？感謝都來不及…」丙醫師說。

「談談這個釋憲案的結果吧…修正及刪除健保施行細則部分條文已經公告，明年起應該就沒有黃○們？」甲醫師拉回主題。

「查憲法訴訟法第52條第2項後段固規定命令位階法規範定期失效，其所定期間不得逾1年，相較於法律位階法規範定期失效期間不得逾2年，之所以規定較短之定期失效期間，乃因命令之修訂不若法律修訂所需遵循程序繁複所致。是命令如因內容違憲，其回復合憲狀態以修訂命令內容本身為已足，採…較短之定期失效期間…自有其正當性；惟命令如因違反法律保留原則而違憲，而須修正法律始得回復合憲狀態，如仍依字面解釋，採1年之定期失效期間，勢非立法本意，準此考量，本判決爰採2年之定期失效期間，併此指明。」丙醫師照「111年憲判字第19號」中第23段唸，接著說：「所以今年12月23日起就失效！」

「就一個星期而已，有差別嗎？」乙醫師就愛鬥嘴。

「怎沒差別…」丙醫師想起那件個案，接著說：「記得我曾經跟兄長們提過一個案例：一位在台工作的韓國人準備歸國先退健保，接近中午帶孩子來診所就醫，因為是初診又不會用中文寫資料，就取出健保卡讓櫃台人員記錄，你們猜結果如何？」

「居然還可以掛號！我聽你提過。」乙醫師回應。

「已經退保了…健保卡居然還能掛號？厲害了健保卡…如果不是韓國人誠實講，我還不知道健保署如此…怠惰！」丙醫師無奈地笑，接著說：「櫃台人員問我怎麼辦？我說如果能夠掛號…就用健保身分就醫。所以無論官署是

否重視，我個人認為…期限很重要！」

「亂花別人的錢，官署…都不會心痛啦！無論是保險費…還是基金！」乙醫師會心一笑，接著說：「沒有指特定官署…不要胡思亂想！」

「哈！已經很明顯了，還要撇清…」丙醫師無奈地陪笑。

「可能當時是向投保單位申請退保，投保單位…卻未收回健保卡…不然就是如同健保雲端醫療資訊，隔天才會上傳、有時間差？」甲醫師的推測。

「個人認為最有可能是健保卡每使用六次才更新一次，讓持卡人有機可乘？所以退保時應馬上繳回健保卡才正確！」丙醫師有經驗，接著說：「如果兄長偶而自己操作掛號，一定會碰到卡片更新中的畫面…如果未使用六次？我猜的次數，說不定更多、或更少，就可以繼續使用！」

「就等哪一位熱心立委的質詢…」乙醫師的期待。

「當時我曾拜託You hurt me姊把這個案例提到健保會討論…」丙醫師說。

「結果？」乙醫師問。

「結果是我錯了！應該拜託你轉交…」丙醫師笑著對乙醫師講。

「哈！你們可以停手、不要開講了！」甲醫師趕快出面制止，接著問：「修正後的規定是什麼？」

「刪除施行細則第33條第二項：前項規定於保險對象復保、停保時，準用之。同時刪除第37條、第38條及第39條。即：保險對象具有下列情形之一，得辦理停保…預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。其餘就是涉及…政府駐外人員或其隨行之配偶及子女等等，自己看！」丙醫師不斷強調出國。

「實施日期的規定呢？」甲醫師一樣關心日期。

「增訂第39-1條：中華民國113年12月22日以前已辦理停保，於113年12月23日以後，其停保期限始屆至者，應於返國之日依原規定辦理復保，復保後不再辦理停保；政府駐外人員及其隨行之配偶、子女，應於返國之日辦理復保，復保後不再辦理停保。」丙醫師這次特別強調「返國」。

「所以是12月22日以前可以、23日以後廢除停保復保規定？」乙醫師問。

「衛生福利部說：近年來，我國行政法制日趨嚴謹，民眾法治觀念提升，對於停保、復保僅於施行細則明定，各界迭有主張未符合法律保留原則…為完備法制，考量本保險既屬強制性之社會保險，依社會互助、風險分攤之制度意旨…」丙醫師拿著修正草案說。

「是誰去聲請釋憲？聰明一世、糊塗一時…」乙醫師問。（未完待續）

問題①：「健保停保及復保」原因案件事實部分。

解 答：聲請人（李姓女士）長期旅居國外，因保留戶籍，乃於中華民國91年11月間委託其父以88年7月15日修正公布之全民健康保險法（下稱全民健保法）第8條規定之第6類第2目被保險人身分，追溯至91年2月1日加保於戶籍所在地區公所，並依90年1月30日修正發布之全民健保法施行細則第36條第2款規定（註：保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：一、失蹤未滿六個月者。二、預定出國六個月以上者。但遠洋漁船船員除外。）辦理出國停保。因聲請人每年短暫返國省親期間均「未依法辦理復保及停保」，衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）乃於104年8月逕依101年10月30日修正發布、102年1月1日施行（即現行）之全民健保法施行細則第37條第1項第2款規定（下稱系爭規定一，即舊規定移列至此條，並增加：「但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」但書）及第39條第1項第2款規定（下稱系爭規定二，即「保險對象停保後，應依下列規定辦理：…二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。」），以聲請人最近一次返國即104年2月11日復保、同年2月21日出國停保，函告聲請人應補繳當月之保險費新臺幣（下同）749元。聲請人嗣於

105年2月7日再次入境後仍未辦理復保，健保署乃於同年5月逕依系爭規定二為聲請人辦理復保，並依系爭規定一函告聲請人補繳105年2月及3月保險費各749元。聲請人不服上開兩次補繳保險費之處分，經提起審議、訴願均遭駁回後提起行政訴訟，嗣臺灣臺北地方法院106年度簡字第44號行政訴訟判決（註：本件原告經合法通知，無正當理由而未於言詞辯論期日到場，核無行政訴訟法第218條準用民事訴訟法第386條各款所列情形，爰依被告之聲請，由其一造辯論而為判決。以上為程序事項，亦即原告放棄辯論機會）以無理由駁回；聲請人不服提起上訴，復經臺北高等行政法院107年度簡上字第48號裁定以上訴不合法（註：上訴意旨既非具體表明原判決有如何合於不適用法規、適用法規不當、或行政訴訟法第243條第2項所列各款之情形，難認對原判決之如何違背法令已有具體之指謫。依首開規定及說明，應認其上訴為不合法）駁回。是本件聲請，應以上開臺灣臺北地方法院行政訴訟判決為確定終局判決，合先敘明。

釋憲結局是什麼呢？今年12月23日以後，出國超過2年的話，戶籍會被註銷，健保就會被退保，退保期間當然不用繳錢，不過如果想回國用健保，那就要再恢復戶籍，不過不能馬上復保，要再等6個月（繳6個月的健保費）之後才能再復保，復保前請你自費看病。那出國未滿2年呢？那會視同你沒有中斷，出國這段時間的健保費都請要你繳清喔！健保局初步估算新的制度每年可以幫健保多收23億的收入！



圖一 廢止健保停復保規定（圖片來源：台視新聞網2024年11月23日）

感謝李小姐，為了省1,498元，以一己之力，讓健保局每年多了23億元的收入，偉哉（圖一）！不過李小姐本來每年只要繳3個月的健保費，卻變成完全不能停保而要繳12個月的健保費，應該也是她始料未及的吧，其實這個憲法訴訟宣告原來的規定違憲，形式上勝訴的是李小姐耶…，勝訴跟你想的不一樣…。（參考「感謝李小姐為了省1,498元打官司 讓健保每年賺到23億」，王至德律師，壹蘋新聞網／林士為綜合報導，2024/11/25。）

問題②：「111年憲判字第19號」要旨。

解答：按憲法訴訟法（下稱憲訴法）修正施行前已繫屬而尚未終結之案件，除憲訴法別有規定外，適用修正施行後之規定。但案件得否受理，依修正施行前之規定，憲訴法第90條第1項定有明文。次按人民、法人或政黨聲請解釋憲法，須於其憲法上所保障之權利，遭受不法侵害，經依法定程序提起訴訟，對於確定終局裁判所適用之法律或命令，發生有牴觸憲

法之疑義者，始得為之，司法院大法官審理案件法（下稱大審法）第5條第1項第2款定有明文。查本件聲請人認確定終局判決所適用之系爭規定一及二，有牴觸憲法第23條法律保留原則、第7條平等權與第15條保障財產權意旨之疑義，於109年5月19日向司法院聲請解釋憲法，經核與大審法上開規定所定要件相符，爰予受理。

系爭規定一及二規定長期（6個月以上）出國者得辦理停保，自返國之日應復保，返國復保後應屆滿3個月，始得再次辦理停保，如前所述，除涉及人民受憲法保障管理自身健康風險之自主決定權與財產權外，亦因影響全民健保制度之公平性，與其整體財務之健全發展，而堪認定屬攸關公共利益之重大事項，且觀其具體內容，亦顯非執行法律之細節性或技術性事項，因此應有法律或法律具體明確之授權為依據，始符憲法第23條法律保留原則之要求（司法院釋字第524號及第753號解釋參照）。

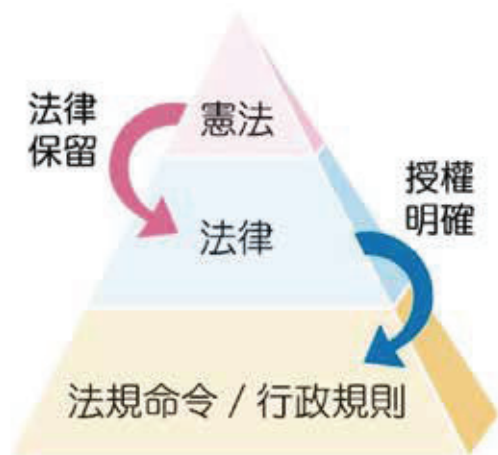
查系爭規定一及二之訂定，係以全民健保法第103條規定：「本法施行細則，由主管機關定之。」為其授權依據；然該條屬概括性授權規定，綜觀全民健保法未有隻言片語提及全民健保是否得停保及復保等相關事項，即使從寬認定就該事項有默示之授權，亦無從依全民健保法第1條立法目的以及法律整體之觀察，推知任何可供主管機關訂定命令時得以遵循之方針指示或概念框架，遑論讓人民可以預見，是主管機關逕以系爭規定一及二創設母法所無之停保及復保制度，顯係逾越立法者制定全民

健保法所形塑之制度內涵，違反法律保留原則。

問題③：何謂：重要事項之具體內容，應有「法律或法律明確授權之命令」（即法律保留原則）？

解 答：《中央法規標準法》第5條：「左列事項應以法律定之：一、憲法或法律有明文規定，應以法律定之者。二、關於人民之權利、義務者。三、關於國家各機關之組織者。四、其他重要事項之應以法律定之者。」《行政程序法》第150條第一項：「本法所稱法規命令，係指行政機關基於法律授權，對多數不特定人民就一般事項所作抽象之對外發生法律效果之規定。」第二項：「法規命令之內容應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神。」綜上，即關於「人民之權利、義務」事項，應以「法律定之」；以此衍生出來的授權法規命令，亦應有「法律明確授權」！此即「行政法律保留原則」，指：特定領域的國家事務，應保留立法者用法律來加以規定，行政機關只能依照法律或法律明確授權的法規命令為行為（圖二）。例如：稅捐稽徵機關不得對人民課徵非法律所規定稅目的稅捐，否則是違反法律保留原則。（參考：裁判書用語辭典資料庫查詢系統「名詞查詢」，網址：<https://terms.judicial.gov.tw/Search.aspx>）

全民健保之性質屬強制性之社會保險，對人民管理自身健康風險之自主決定權有所限制，並因課予繳納保險費義務而影響人民財產



圖二 法律保留與授權明確關係（圖片來源：翰林雲端學院）

權。就國人因旅居國外而生之停保、復保規定，不僅關係個人權利，亦影響全民健保制度之公平性，與其整體財務之健全發展，均屬攸關公共利益之重大事項。故有關旅外國人之停保、復保等保險權利義務關係事項，應有法律保留原則之適用，其具體內容並應符合比例原則及平等權保障。全民健保法施行細則係依全民健保法第103條之授權而訂定，但該條屬概括性授權規定。全民健保法中並未提及全民健保是否得停保及復保等相關事項，即使從寬認定就該事項有默示之授權，亦無從依該法第1條立法目的以及法律整體之觀察，推知任何可供主管機關訂定命令時得以遵循之方針指示或概念框架，遑論讓人民可以預見，是主管機關逕以施行細則第37條第1項第2款、第39條第1項第2款，創設該法所無之停保、復保制度，顯係逾越立法者制定該法所形塑之制度內涵，違反法律保留原則。（參考「一、施行細則創設停保、復保制度，違反法律保留原則」

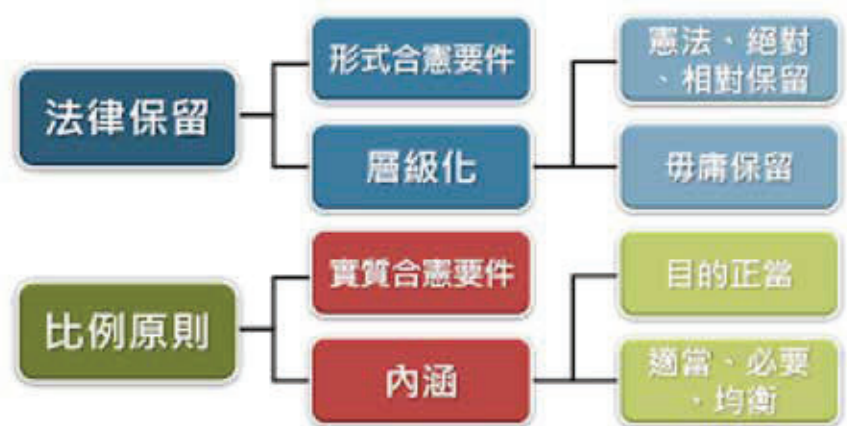
判決理由摘要，司法周刊第2137期，2022-12-23。）

問題④：為何此釋憲案未牴觸憲法第23條，且尚無違背憲法第22條、第15條及第7條？

解 答：《行政程序法》第158條第一項：「法規命令，有下列情形之一者，無效：一、牴觸憲法、法律或上級機關之命令者。二、無法律之授權而剝奪或限制人民之自由、權利者。三、其訂定依法應經其他機關核准，而未經核准者。」由此觀之，停保、復保規定，並未「剝奪或限制人民之自由、權利」，而是人民之受益行政！

鑑於全民健保為國家為履行憲法委託之義務所設制度，其所為之限制，較諸依憲法第23條（註：比例原則 圖三）基於公共利益所設之限制，具更高的正當性，就比例原則之審查應予更多之尊重。停保、復保相關規定係為提供出國停保民眾短期返國期間之健康照護，並在「適度處理出國停保民眾僅短期復保就醫」，與避免「繳交保險費義務失衡之爭議」兩者間取得均衡。且其要求返國強制復保，僅為回復其出國停保前之納保狀態，並未增加更多保險費負擔，而與提供旅

外國人短期返國期間健康照護，有合理關聯。強制復保滿3個月始得再次停保之手段，對人民財產權之限制尚屬有限，但對維護制度公平性及財務健全等目的之達成有一定助益，是手段與目的之間亦具合理關聯。故相關規定關於對人民管理自身健康風險之自主決定權（第22條）及財產權（第15條）之限制，無違比例原則。至政府駐外人員或其隨行之配偶及子女得免強制復保或停保，係因政府機關駐外人員與隨其赴任者，常須因公務短期返國並不得自行選擇返國日期，其目的係為追求駐外人員順利執行公務之正當公共利益，一般人民未設相同例外規定之差別待遇，無違平等權（第7條）保障。（參考「二、停保、復保規定之要件，無違管理自身健康風險之自主決定權、財產權及平等權保障」判決理由摘要，司法周刊第2137期，2022-12-23。）



圖三 違憲審查（圖片來源：法官學院教材-行政訴訟篇 頁14）

《「副/福」業回顧》-17 日據時代的醫學教育(3)—— 多元化的台灣醫師養成

美國St. Louis大學及Glennon樞機主教兒童醫學中心小兒科 朱真一

前言

這《「副/福」業回顧》系列，回顧醫學院畢業後，小兒科及小兒血液/癌瘤組以及學術研究的訓練後，在St. Louis大學小兒科服務時，因為主任突然逝世，改變自己的實驗室研究計劃，開始有真正的業餘時間，探討自己有興趣的台灣歷史文化，以及醫學人文的「副/福」業¹⁻²，最近一年多在本刊，回顧自己探討台灣醫學史的經歷、感觸及新發現。

開始回顧探討台灣現代醫學的進展，譬如馬偕的生涯及貢獻³，早期來台灣的歐美醫師的種種貢獻⁴，尤其在醫學教育的努力⁵。上兩期開始討論，日據時代的「正式」醫學教育的醫學校的演變及進展。從土人醫師養成所，漸進提高到醫學專門學校⁶，又再提升到台北帝國大學醫學部等的演變⁷。為了在台灣醫學校也教育出日本人醫師，後來採台、日人共學制，提升了台灣的醫學教育水準。

台、日共學制，雖然提高台灣醫學教育程度，不過保障日本人的名額，相對之下，就是減少台灣人習醫的機會。人口最多時只佔全台灣6%的日本人，佔醫學校學生數一半略多些。所以日據時代，台灣人醫師的養成，在台灣人受歧視下，醫學校教育出來的台灣人醫師可說相當少⁶⁻⁸。

台灣人受歧視，台灣人醫師不夠，這就促進台灣人到島外（外地）地區尋找習醫的管道。最容易去的地區第一自然是日本本土的醫學校，其次的熱門地區，是日本的殖民地如韓

國、傀儡政權的滿洲國，以及在中國的租界或占據地，尤其不少以日語教學的醫學校。甚至有些到中國一些，不使用日語教學的醫學校。極少數到歐美、歐美的殖民地或其機構設立的醫學校讀醫。這些島外的醫師養成，應是日據時代的醫學教育的重要部分。

台灣在日據時代，每個時期雖都只有一個醫學校，不過台灣醫師的養成，從下面討論可說非常的多元化。上期討論日本投降後，台大醫學院如何容納，島外醫學校就讀中、還沒畢業的，但必須回台灣的醫學生⁷⁻⁸，想就會有概念。下面及以後的討論，更能使大家瞭解到外地的醫師養成，在台灣醫學史上有很重要的意義。

日據時代多元化的台灣醫師養成

最早期新醫學（西醫）教育，主要是由歐美醫師的「學徒」式醫師養成，是台灣的現代醫學教育的濫觴。日本政府占據台灣沒幾年，就開始了正式的醫學校，隨著一般基礎教育的提升，漸漸進展演變，先提高為醫學專門學校，以後設立大學的醫學部^{6,7}。日據時代不到五十年的正式醫學教育期間，只有一個醫學校。

雖然台灣只有一個醫學校，那時代的台灣人醫師，不是只從這唯一的醫學校出身，醫學教育其實非常多元化。台灣的醫師們，反而有好幾個國家訓練出來，每個國家都有相當多不同的醫學校。日據時代的台灣人醫師，畢業於幾十個不同的醫學校，可說是一非常多元化的



圖一 「東京帝大」現改名「東京大學」的醫學部附屬醫院。(謝謝Wikipedia提供的所有圖片)

醫學教育培養出來。

先就以自己比較熟悉的家鄉(新竹縣新埔鎮)，曾在新埔鎮行醫，日據時代訓練出的醫師來看，最多的是台灣本地的醫學校，從總督府醫學校，醫學專門部、醫專、台北帝大醫學部等畢業的都有，另外有位日本京都帝大醫學部，兩位日本醫科大學以及幾位日本的醫專，還有一位是青島東亞醫科學院畢業，以及一位考試及格的醫師，的確非常多元化。

自己1965年醫學院畢業時的紀念冊上，有師長的畢業學歷資料，更是多元化。戰後20年，師長中是日據時代醫學校畢業生的，仍佔約一半之多。從日本本土大學醫學部或醫科大學的畢業生，跟台北帝大醫學部畢業的人數差不多，有位畢業於日本的醫專，也有位是青島醫科學院畢業。台北醫專畢業的有六位，戰後台大醫學院畢業的最多，還有約5位畢業於中



圖二 台灣醫學校不收女生，到「東京女子醫學專門學校」習醫，是台灣女人的熱門學校。現已改校名為「東京女子醫科大學」，戰前時代學校早年的正門，

國的醫學校，一位畢業於前期提到1946-51年台大醫學院開辦的附設醫學專門部(臨時醫專)，以及一位來自中國的，是美國醫學院畢業生。

台灣以外(島外/外地)醫學校讀醫

日據時代設立醫學校後，有不少理由，很快地使很多台灣人，期望當西醫師。台灣人想盡辦法包括一些「奧步」，要進醫學校。兩期前討論過⁶，本為收中國的留學生的「特設科」，五年有34名學生，其中15名是台灣本地人。為了能進醫學校，一些人想辦法先讓小孩到廈門讀日本小學，因為「特設科」較容易考上，畢業後想辦法不去中國服務。

上面及前兩期^{6,7}，討論醫學校為了日本人讀台灣醫學校，提升醫學校為醫專後，「保障」的一半多些的醫學生名額給日本人學生。在「僧多粥少」的情況下，想讀醫就會想出辦

法到外地，尤其日本及日本能控制的地區學醫，到外地讀醫，變成台灣人當醫師的另一管道。還有一最主要的理由，台灣人到日本考醫專、醫大及帝大醫學部等醫學校，或要考進前身的中學、高等學校或預科，比在台灣考同樣的學校，反比較平等少受到歧視，沒有或較少限制台灣人或保障日本人的名額。

另一重要的理由，當台北帝大成立後，前八年沒有醫學部，高等學校畢業後，要讀大學醫學部或醫科大學，必須離開台灣到島外。就是台北帝大有了醫學部後，不少台北高等學校畢業生，去日本考頂尖的帝大或醫科大學。因為去日本讀醫，反可能較少在台灣種種對台灣人的歧視。

到其他國家的醫學校習醫

除了到日本本土外，到其他國家，尤其到中國讀醫的也不少。這應該跟血緣及語言有關。以前諸期曾討論過，台灣人醫師到中國閩南地區行醫，或在那裏接受「學徒式」醫學教育，在清據時代就不少⁵。當日本勢力漸漸強大，在中國日本可控制的地區越來越多，不但有傀儡政權的滿洲國、租借地如關東州，在中國各大城市有租界，還有新占據地^{10,11}，以及殖民地如韓國¹²。這些地方的各種醫學校，很多還以日語教學^{10,11}。

另一也因為血緣、語言以及靠近台灣等關係，台灣人醫師到東南亞行醫的不少¹³，因為有相當多的華僑，台灣的福老話（東南亞華僑稱「福建」話）及客家話在東南亞的使用率



圖三 滿洲國及關東州（中間偏左，半島的最下端，標明屬Japan）--來自Wikipedia

相當多，去東南亞行醫的台灣人醫師，以及其他各種理由如如從事農工商，去東南亞的台灣人的子女或親友，是否有些也在當地醫學校就讀，或特地前往就讀？下節討論語言問題時，會再提東南亞讀醫的可能性。

很少人知道，有些台灣人到歐美國家或及其殖民地如香港，以及到由美國機構設立使用英文教學的醫學校就讀。雖然不多，共找到五位。雖沒找到有人去德國習醫，很有趣的，找到位到香港，跟德國的牙醫學習¹⁴。

上述這些到外地習醫的「制度」，是日據時代台灣人醫師養成的部分，就如上面討論，我自己家鄉及母校的醫學院的師長，不但很多到日本習醫的，還有自中國青島的醫學校畢業的台灣人醫師，這些都很有意義，下期開始將更詳細些來討論，下面先來討論到外地就讀醫學校，各類教學的語言問題。

外地讀醫的語言問題

到外地的醫學校習醫，日本本土以外的醫學校的教學語言是什麼？上述日本可控制的傀儡政府如滿洲國、日本租界地、占據地或殖民地如韓國等地方讀醫，可能大部分以日語教學，所以台灣人去那些醫學校讀醫的相當多。知道有位親戚，畢業於當時滿洲國的一醫學校，他就讀滿洲國醫學校時，用日語上課。

雖然滿洲國成立只有十幾年(1932-1945)，不過日本政府實質上，更早就開始控制中國的東北地區。有些地區如關東州（旅順、大連及附近地區）租借地，早於1906年日俄戰爭後，這本為蘇俄租借地，就轉變為日本的租借地。雖沒聽那親戚談過滿洲國的醫學校，或他生活於滿洲國的情形。對滿洲國醫學校，會用日語教學一點都不感到奇怪。

小學時，在家鄉新埔鎮鄉下，有位來自中國東北的人，不知他的背景及職業工作，只知道他的日語能力，跟我父母輩一樣。我小學生時，大約1950年前後那幾年，他不會客家話，但他用日本話，開班教新埔鎮婦女會會員們華語（國語）。

中國地區，日本可控制的地方，很多數醫學校用日語教學。中國不用日語的醫學校，也有些台灣人就讀。那時代中國通用語言，不像現在「普通話」的統一使用，不少使用當地語言教學，譬如幾期前討論一些中國醫學書時，就發現福州的美國醫師，用福州話寫書，很可能用福州話上課⁵。就是使用當地語言教學，



圖四 協和醫學院早期建築（舊址）。

對台灣人可能不是難事，比下面提到不少人到東南亞，歐美的殖民地或管轄地區，用歐美語言來教學的醫學校容易得多。

到韓國的醫學校就讀也不少¹²，因為當時是日本的殖民地，而且有不少人去讀台灣沒有的牙醫（齒醫）學校。據我所瞭解，後期跟台灣一樣，各級學校的教學使用日語。看到有位韓國畢業的台灣人醫師，畢業證書是用日文寫的。在美國接觸到的一些韓國籍的同事，年紀一樣或更年輕不懂日語，但到韓國人開的雜貨店買東西時，父親跟老一輩的韓國人可用日語溝通。有一年在加州大學進修時，有位營養學教授，來觀摩一段時間，他年紀大些，他說他的日語很好，因從小就必須學習。

使用歐美語言教學的醫學校習醫

到使用歐美語言教學的醫學校，也是台灣人到外地習醫的一項選擇¹⁴，其實早在1880年代，在本刊報導英國的中國海關醫師，台灣試驗一全用英語的醫學教育計劃⁵。其實因為歐

美國家在亞洲不少殖民地或管轄地，歐美語言教學的醫學校，在亞洲尤其東南亞應不少。上幾期討論過，在中國也有歐美醫師主辦，全用英文教學的醫學校⁵。

到歐美殖民地的醫學校讀醫的，找到一位到香港大學醫學院，以及另一位到美國機構在北京設立的協和醫學院。協和醫學院畢業後，還有美國紐約州頒發相當美國醫學院的醫學博士(Medical Doctor; MD)學位，還找到另三位到美國，讀美國醫學院畢業¹⁴。雖然日據時代，日本人的醫療體系，常被說成是德日系統，台灣人讀高等學校時，大部分選理科乙類，就是以德語為第一優先的最多^{6,7}，可是沒找到有台灣人，到德國或其他歐洲國家讀醫學校，沒找到亞洲有以德語教學的醫學校。

東南亞有不少台灣人行醫外，也有些前往從事農工商業，主要因為華僑偏布東南亞各地區，跟華僑有血緣及語言的優勢。去東南亞多年後，家人或親友可能考慮在當地讀醫。因東南亞是英、法、荷蘭等國的殖民地，菲律賓是美國管轄地。這些歐美殖民或管轄地區的醫學校，二戰期間雖不少被日本占據，但不像在中國或韓國，日本沒長期經營。主要醫學校仍可能是以英、法、荷文來教學，沒用日語教學的。

因為資料難找，只從網路上稍微探討，去東南亞的台灣人中，尤其在東南亞出生的子女，在當地語言環境長大，並接受歐美語言教育的，可能有但還沒找到有人到醫學校就讀的



圖五 第一位來美國醫學院畢業的劉清風醫師，1926年畢業於Indiana大學醫學院¹⁵，左邊是他畢業紀念冊上的照片（由他的同學提供），及老年時照片。

資料，就是有，可能只零星一兩人而已。很可惜一本有關台灣人在東南亞的書已絕版¹³，這些很有意義的題材，很值得以後找到更多資料時，再較詳細來討論。

參考文獻

1. 朱真一：《副/福業回顧》1-有「緣」得福；回顧有「福」之業。台北市醫師公會會刊 2023；67(9)：87-93。
2. 朱真一：《副/福業回顧》2-探討馬偕牧師誤會資訊的「緣」與「福」。台北市醫師公會會刊 2023；67(10)：90-5。
3. 朱真一：《副/福業回顧》3-6-探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻1-4。台北市醫師公會會刊 1) 2023；67(11)：86-92；2) 2023；67(12)：87-93；3) 2024；68(1)：89-94；4) 2024；68(2)：85-90。

4. 朱真一：《副/福業回顧》7-10 -戰前來台醫療有關的歐美人士1-4。台北市醫師公會會刊 1) 2024；68(3)：90-5；2) 2024；68(4)：85-9；3) 2024；68(5)：89-95；4) 2024；68(6)：89-95。
5. 朱真一：《副/福業回顧》11-14-戰前歐美醫師與醫學教育1-4。台北市醫師公會會刊 1) 2024；68(7)：85-9；2) 2024；68(8)：82-8；3) 2024；68(9)：89-95；4) 2024；68(10)：80-5。
6. 朱真一：《副/福業回顧》15-日據時代的醫學教育(1)：從土人醫師養成所到醫專。台北市醫師公會會刊 2024；68(11)：86-91。
7. 朱真一：《副/福業回顧》16-日據時代的醫學教育(2)：台北帝大醫學部及醫專部。台北市醫師公會會刊 2024；68(12)：90-5。
8. 林吉崇：台大醫學院百年院史（上）。1997；國立台灣大學醫學院，台北市。
9. 卡鳳奎：日治時期台灣留學日本醫師之探討。2011；博揚文化，新北市。
10. 陳力航：慢船向西-日本時代台灣人醫師在中國。2024；前衛出版社，台北市。
11. 陳力航：日治時期在中國台灣醫師(1895-1945)。國立政治大學碩士論文。In Internet：<https://nccur.lib.nccu.edu.tw/retrieve/81951/008101.pdf>
12. 陳延媛：放眼帝國伺機而動；在朝鮮學醫的台灣人。台灣史研究 2020；19(1)：87-140。In Internet：https://ir.sinica.edu.tw/handle/201000000A/69124?locale=zh_TW
13. 鍾淑敏：《日治時期在南洋的臺灣人》：為何在二戰前，有許多台灣人在東南亞行醫？In Internet：<https://www.thenewslens.com/article/141049>
14. 朱真一：台灣早期留學歐美的醫界人士。2004；望春風文化，台北市。
15. 朱真一：府城醫學史開講。2013；心靈工坊文化，台北市。📖



記秋郊～新竹一日遊

利敏玉（王永良醫師夫人）

多年來台北市醫婦會每年都會舉行兩次的一日遊，一次是春郊一次是秋郊，看著家中自己做的手拉坯作品回想著五月下旬快樂的鶯歌一日遊，時間過得真快，不知不覺又來到了秋高氣爽的季节；這次由我為大家主辦，為了讓姐妹們可以以最低的費用享受最高的旅遊品質，從規劃行程，設計DM，聯絡遊覽車和商家及餐廳我都一手包辦。

原訂10/3出發的行程，因為「山陀兒」颱風來攪局只好延期到10/24，當天雖然一早天空就下起了毛毛細雨，但是完全不減姐妹們期待出遊的興奮心情，我們搭的是三排座的豪華遊覽車，一上車大家就熱情的打招呼道早安，並享受著蘭貞姐為姐妹們準備的熱騰騰美味老張碳烤燒餅，揪感心啊！

行程的第一站來到新埔的「味衛佳柿餅教育農園」，透過園內工作人員的介紹知道每年農曆九月下旬，節氣剛好是霜降之時，由北方吹來的東北季風到了新竹地區則成為乾燥的下坡風，居民們就會利用這個九降風來製作需要風乾的食物，柿餅就是其中之一；雖然天公不作美當天沒有曬柿餅，但是園區內提供給遊客拍照的景點還是讓姐妹們開心的拍了一張又一張的美照，提著一袋袋的戰利品～柿餅，我們往下一個景點出發！

位於尖石鄉的「薰衣草森林」是網路上非常有名的高人氣餐廳，真正的世外桃源；坐在玻璃屋內享受著美味的餐點看著窗外迷人的景致真是愜意啊！園區內佈置著應景的萬聖節裝飾加上美麗的花草樹木，大家忍不住又拿起手



機開始拍個不停！告別了薰衣草森林，我們前往內灣老街，為了節省大家寶貴的逛街時間也讓姐妹們可以買到當地著名的客家菜包，我讓姐妹們登記好數量，請老闆把包裝好一袋袋熱騰騰的客家菜包送到遊覽車上，大家逛了一圈內灣老街回來手上又多了好多伴手禮，真正滿載而歸呀！

好快！晚上六點我們準時回到台北出發地點～金甌女中，結束了我們快樂的一日遊！

歡唱了一天，好多歌點了都還來不及唱呢？這次活動中也發現了好幾位姐妹可是深藏不露的唱將喔！此次的一日遊要感謝阿寶會長的大力促成，加上活動組另外兩位～孟娟姐和雪華姐的協助，還有姐妹們一路上互相照顧讓這次活動可以順利地舉行，也帶給大家滿滿美好的回憶！看著一張張照片裡開心的笑顏相信姐妹們又開始期待下一次的春郊囉！🍀



重要政令轉知會員

衛生福利部於113年11月25日修正發布「醫師法施行細則」

中華民國醫師公會全國聯合會

113.12.05 全醫聯字第1130001489號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知「醫師法施行細則」，業經衛生福利部於113年11月25日以衛部醫字第1131668881號令修正發布，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部113年11月25日衛部醫字第1131668881C號函辦理。
- 二、旨揭施行細則業置於衛生福利部網站（網址：<https://www.mohw.gov.tw/>）「公告訊息」及「法令規章」項下。
- 三、本文相關訊息與完整附件刊登於本會網站。🌐

附件

醫師法施行細則修正總說明

醫師法施行細則（以下稱本細則）於三十四年七月二十一日發布，其後歷經十六次修正，最近一次係於一百一十年十月四日修正發布。近年持外國醫學或牙醫學歷回國參加考試之人數攀升，基於維持國內醫師人力培育制度及規劃之完整性，為避免醫師人力供需失衡，應有適當審查調管機制；因應醫師法（以下稱本法）第四條之一於一百一十一年六月二十二日修正，對於持國外學歷報考醫師考試者，除符合同條第一項但書二款條件外，一律需先通過教育部學歷甄試，惟鑑於各國醫學教育學制之差異，基於醫療業務攸關民眾身體健康與生命安全，對於國外醫學學歷仍需透過一定程序予以適當審查與採認，以確認其與國內同級同類學校規定相當；於同條第二項增訂其應於指定之教學醫院接受臨床實作適應訓練，並於同條第三項之授權辦法定明相關規範。

配合本法第四條之一修正，將原依本細則現行條文第一條之一第二項規定公告之「國外大學或學院醫學系科學歷採認原則」相關內容，於本細則中規定；復配合本法第八條之二修正，增訂長期照顧服務機構、精神復健機構或經中央主管機關認可之機構，列為醫師執業登記之場所，為順利推動本法施行，爰修正本細則，修正要點如下：

- 一、定明國外醫學學歷採認規範及不予採認情形。（修正條文第二條、第十條至第十三條）
- 二、本法第四條之一第一項第二款所指入學之定義。（修正條文第九條）
- 三、國外醫學學歷於本法第四條之一第一項所定國家或地區以外取得之折抵學分，不予採認。（修正條文第十四條）
- 四、醫師證書之請領、補發或換發，中央主管機關得以電子化作業方式辦理。（修正條文第十五條及第十六條）
- 五、醫師執業登記之場所，不再以醫療機構為限。（修正條文第十七條）

衛生福利部國民健康署自114年1月1日起，調整成人預防保健服務之檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

臺北市政府衛生局

113.12.06 北市衛健字第1133165866號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署自114年1月1日起，調整成人預防保健服務之檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額之對照表及說明（如附件），請協助轉知所屬醫事人員（會員），請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署（簡稱健康署）113年12月3日國健慢病字第1130661109號函辦理。
- 二、為落實健康臺灣政策，達三高防治888政策之目標，114年起健康署擴大成人預防保健服務篩檢年齡範圍、調整篩檢補助費用及檢查服務項目，期及早預防及發現慢性病。
- 三、旨揭對照表成人預防保健服務調整內容增修重點，略以如下：
 - （一）成人預防保健服務，新增醫令代碼3D、3E：
 1. 服務對象及時程：新增醫令代碼3D、3E為30歲至39歲民眾，每5年1次。
 2. 補助金額：醫令代碼21、23、25、27及3D調整為新臺幣（以下同）440元、醫令代碼22、24、26、28及3E調整為440元。
 3. 新增服務項目：
 - （1）醫令代碼21、23、25、27及3D新增檢驗項目：尿酸。
 - （2）醫令代碼22、24、26、28及3E新增健康諮詢項目：慢性疾病風險評估、腎病識能衛教指導（含eGFR值、尿蛋白、腎功能期別及其嚴重度、危險因子衛教）、「規律運動」增加「每週運動150分鐘」衛教資訊及「健康飲食」增加「我的健康餐盤均衡飲食」衛教資訊。
- 四、旨揭調整之相關規定，將納入114年1月1日修訂版之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」。
- 五、請台北市醫師公會協助轉知所屬會員及公告相關訊息。
- 六、若對旨揭調整有疑義，諮詢窗口如下：
 - （一）系統功能操作疑義：請洽健康署委託廠商資拓宏宇國際股份有限公司，聯絡電話(02)2559-1855。
 - （二）成人預防保健服務項目疑義：請洽健康署承辦人，聯絡電話(02)2522-0888；分機 568、

696及697。

七、本文訊息與附件刊登於本會網站。📄

中央健康保險署公告健保特約醫事服務機構自114年1月1日起全面將門、住診醫療費用申報資料轉版為2023年版ICD-10-CM/PCS

中華民國醫師公會全國聯合會

113.12.10 全醫聯字第1130001531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健保特約醫事服務機構自114年1月1日起全面將門、住診醫療費用申報資料轉版為2023年版ICD-10-CM/PCS，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

一、依據中央健康保險署113年12月4日健保醫字第1130664266號公告副本（如附件）辦理。

二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

中央健康保險署公告修正全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式醫院總額指標計3項及西醫基層指標計4項，指標修正案自114年1月1日起生效

中華民國醫師公會全國聯合會

113.12.11 全醫聯字第1130001535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健保特約醫事服務機構自114年1月1日起全面將門、住診醫療費用申報資料轉版為2023年版ICD-10-CM/PCS，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

一、依據中央健康保險署113年12月4日健保醫字第1130664266號公告副本（如附件）辦理。

二、本函訊息與完整附件刊登於本會網站。📄

附件

主旨：公告修正全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式醫院總額指標計3項及西醫基層指標計4項（附件），並自114年1月1日（費用年月）起生效。

依據：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第31條暨衛生福利部113年10月29日衛部保字第1131260624號函、113年11月13日衛部保字第1131260633號函。

公告事項：

- 一、修正全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式醫院總額及西醫基層指標「014－高血壓併氣喘病患不適當用藥處方率過高」、「016-COX II inhibitor處方不當比率過高」、「027－高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高」暨西醫基層指標「001－眼科門診局部處置申報率」。
- 二、附件電子檔已置於本署全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw/>)，路徑：首頁＞健保法令＞最新全民健保法規公告。

中央健康保險署為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，檢送健保違規宣導案例計2則

中華民國醫師公會全國聯合會

113.1216 全醫聯字第1130001556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為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，檢送健保違規宣導案例計2則，請協助轉知會員正確申報健保費用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署113年12月11日健保企字第1130683231號函（附件）辦理。
- 二、本文訊息與附件刊登於本會網站。

附件

保險對象自費高層次或4D超音波檢查，卻虛捏疾病就醫申報健保醫療費用

【案情概述】

民眾因懷孕第2胎至甲診所自費做高層次超音波檢查，並未因疾病就醫，也未領取任何藥品，惟甲診所卻以迫切流產就醫申報醫療費用；保險對象第1胎懷孕時自費施做高層次超音波檢查，該診所亦虛報健保費用，經民眾向本署檢舉，甲診所犯行始曝光。

經查甲診所虛報醫療費用共1萬3千餘點，因甲診所曾涉及虛報醫療費用，經本署處予停約1個月，本次係於前次停約處分執行完畢後，5年內再次違規，依規定予以終止特約。甲診所負責醫事人員於終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

【小結】

現今民眾瞭解全民健保醫療資源寶貴，一旦發現醫療院所所有不當申報醫療費用時，多勇於檢舉。故本署再次籲請保險醫事服務機構應覈實申報醫療費用，切莫貪圖小利而自毀前程。

【相關法規條文】

一、全民健康保險法第81條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其中申報之應領醫療費用內扣除。保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第3款及第4款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月……：三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第1款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約……：一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

利用治療遲緩兒，復健治療於新療程未看診，多刷健保卡虛報醫療費用

【案情概述】

本署配合法務部調查局偵辦，甲診所自99年特約以來，長期以補卡同日多刷方式虛報醫療費用。經本署實地訪查後發現，甲診所辦理兒童復健治療，於新療程未看診，長期虛報診察費、利用保險對象治療時或以補卡方式，多取卡序偽造就醫或復健治療、未提供復健治療項目卻長期虛報該項治療費用等違規情事。

經查甲診所虛報醫療費用共190萬餘點，違規情節重大，本署依規定處以終止特約。甲診所負責醫事人員於終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

【小結】

甲診所之違規行為除遭受本署終止特約處分外，司法機關發現涉及違法，也會進行偵查，並依偵查結果予以處分。故本署籲請保險醫事服務機構應覈實申報醫療費用，切莫造假，誤蹈法網，而自毀前程。

【相關法規條文】

一、全民健康保險法第81條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約……：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第2款

「第四十條第一項第二款所稱情節重大……：二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

（西）醫師於108年7月1日以後始領有醫師證書，且未領有專科醫師證者執業執照更新者，應依「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第7條第2項規定辦理

臺北市政府衛生局

113.12.16 北市衛醫字第1133168125號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部釋示：（西）醫師於108年7月1日以後始領有醫師證書，且未領有專科醫師證者執業執照更新者，應依「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第7條第2項規定辦理，請查照。

說明：

一、依衛生福利部113年7月5日衛部醫字第1131661329A號函辦理。

二、本文相關訊息內容與完整附件刊登於本會網站。

醫事講座／ 本會學術教育課程表

監護(輔助)宣告個案照護制度宣導講座

講座說明：台灣即將進入超高齡社會，失能者比率逐年升高，成年監護制度目的在保障年邁、患有精神障礙或心智功能缺損等無行為能力或缺乏自我保護能力人，基本生活、醫療與財務管理等權益。

本講座將宣導相關制度與流程，期透過醫療與社政公私協力，使其權益受到更完善的維護。

主辦單位：台北市醫師公會；承辦單位：台北市醫師公會智庫

講座時間：114年02月24日(一)13:00~14:30

講座地點：台北市醫師公會七樓會議室暨線上會議

參加對象：歡迎有興趣之醫師與醫事人員參加

教育學分：本課程申請衛福部-西醫師-專業品質學分申請中



時間	主題	講師/與談人	主持人
12:30-13:00	連線測試，測試成功者請線上等候會議開始		
13:00-13:05 (5mins)	開幕致詞	洪德仁 理事長 / 智庫召集人	
13:05-13:35 (30 mins)	監護(輔助)宣告相關政策與服務計畫說明(暫定)	趙佳慧 科長(邀請中) 臺北市政府社會局	張孟源 常務監事/ 智庫副執行長
13:35-13:55 (20 mins)	監護(輔助)宣告制度 實務案例與評析	顏鳳君 律師 宏道法律事務所	鄧學仁 教授 中央警察大學法律系
13:55-14:15 (20 mins)		許峻彬 法官 臺北地方法院	周迺寬常務理事/ 智庫法規研究組組長
14:15-14:25 (10 mins)	回應與評論/綜合討論		周賢章 常務理事/ 智庫執行長
14:25-14:30 (5 mins)	結語	洪德仁 理事長/ 智庫召集人	

本會學術教育課程表

114年學術繼續教育課程表

◆時間：下午一時至三時（星期五）

◆地點：實體（公會七樓會議室）+線上並行

日期	講 題	講 師
114.02.07	神經眼科學簡介	顏如娟
114.02.14	帶狀疱疹的多樣性：不為人知的併發症	李政源
114.02.21	口腔癌診斷及治療	廖予昊

※因114年1月恰逢農曆年期間，因此明年的學術課程從2月7日開始舉辦。

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8000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MEDLINE規定)、年號、卷數、期數、起訖頁數。

中文例：盤松青：社區型肺炎的治療與預防。台北市醫師公會會刊 2018；62(7)：46-50。

英文例：Brown MS, Goldstein JL: A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science 1986; 232(4746): 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。

McIntyre N, Harry DS: Measurement of plasma lipids, lipoproteins, apoproteins and enzyme. In McIntyre N, Harry DS, eds. Lipids and Lipoproteins in Clinical Practice. 2nd ed, 1992. Wolfe Publishing Ltd. London, UK. P.33-68.

F. 參考文獻如為網站資料，請註明日期。

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：臺北市大安區信義路二段74號6樓

電話：(02)23510756 傳真：(02)23510739

TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION

6F., No. 74, Sec. 2, Xinyi Rd.,

Da-an Dist., Taipei City, Taiwan (R.O.C.)

TEL:+886-2-23510756 · 23510757

FAX:+886-2-23510739